

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Hipertensos e Diabéticos na UBS
Estratégia de Saúde da Família II (Cohab II e Porto), Santa Vitória do Palmar/RS**

DANET MARTINEZ ALMENARES

Pelotas, 2015

DANET MARTINEZ ALMENARES

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Hipertensos e Diabéticos na UBS
Estratégia de Saúde da Família II (Cohab II e Porto), Santa Vitória do Palmar/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Nome do orientador: Profa. Dra. Marysabel Pinto Telis Silveira

Pelotas, 2015

A448m Almenares, Danet Martinez

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Hipertensos e Diabéticos na UBS Estratégia de Saúde da Família II (cohab II e Porto), Santa Vitória do Palmar/RS / Danet Martinez Almenares; Marysabel Pinto Telis Silveira, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

119 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Silveira, Marysabel Pinto Telis, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

A Vida requer luta no caminho. Luta e trabalho duro compõem quem somos hoje. O início de um trabalho muitas vezes é assustador, mas também um desafio, mesmo duro, sempre nos motiva para obter bons resultados. Todo o esforço realizado na confecção deste trabalho está dedicado:

À minha família, pelo seu apoio incondicional já que sem a ajuda deles eu não poderia estar aqui;

A Deus por me permitir chegar a este ponto e dar-me saúde para alcançar meus objetivos;

Aos meus amigos por compartilhar comigo momentos agradáveis e difíceis;

Para os orientadores que me ajudaram em consultoria e dúvidas apresentadas na preparação do trabalho;

E por último e não menos importante, às minhas filhas pelo valor demonstrado, seu amor infinito e para vejam em mim um exemplo para seguir.

Agradecimentos

Eu quero agradecer sinceramente a todas as pessoas que fizeram possível a realização deste projeto.

À UFPEL e Ministério de Saúde que idealizaram este curso de Especialização em Saúde da Família, colaborando na educação permanente dos profissionais da saúde para melhorar a qualidade de atenção e a vida do povo brasileiro.

À minha Orientadora Marysabel Pinto Telis Silveira porque suas orientações, sua paciência, sua persistência e seu rigor acadêmico foram fundamentais para a elaboração do trabalho.

À minha equipe de saúde da unidade (todos os seus membros), por compreender a importância de trabalhar unidos, pelo seu esforço realizado, o apoio em todo momento e por tudo o que ensinaram. Estarão sempre na minha memória.

Eu também gostaria de expressar meu mais grande agradecimento à minha família, fonte de apoio incondicional em minha vida, principalmente por eu ter estado afastada do nosso país, demonstrando o valor de uma família.

E especialmente agradeço às minhas filhas pelo grande amor demonstrado e por suportar a ausência de sua mãe todo este tempo. Espero que tanto esforço seja recompensado num futuro, vocês são o mais importante e valioso da minha vida.

Muito obrigada para todos!

Resumo

ALMENARES, Danet Martinez. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos na UBS Estratégia de Saúde da Família II (Cohab II e Porto), Santa Vitória do Palmar/RS. 2015. 120 f.** Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são doenças que constituem um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Alta porcentagem da população é portadora desses agravos, cuja prevalência tende a aumentar progressivamente pelo envelhecimento populacional. O objetivo geral da intervenção foi melhorar a atenção aos hipertensos e diabéticos da UBS Estratégia de Saúde da Família II (Cohab II e Porto) do município de Santa Vitória do Palmar/RS. Para a obtenção da informação foram utilizados os registros disponíveis na unidade como prontuário clínico, carteirinha dos hipertensos e diabéticos e as fichas espelhos. Nas 12 semanas da intervenção foram cadastrados e acompanhados 203 usuários hipertensos e 66 diabéticos, resultando em 74,3% e 100% de cobertura respectivamente. O exame clínico com qualidade e a indicação dos exames complementares foram cumpridos totalmente, mas existem usuários com exames complementares pendentes, 31 hipertensos (11,3%) e 10 diabéticos (15,1%). Identificamos 33 usuários hipertensos faltosos às consultas e foi realizada a busca ativa para todos eles. A maioria dos usuários hipertensos e diabéticos tem prescrição de medicamentos disponíveis pelo SUS nas farmácias populares. A totalidade dos usuários foi avaliada para identificação da necessidade de atendimento odontológico, ficando com a consulta agendada para a odontóloga, receberam atenção e avaliação do risco cardiovascular e atividades de promoção em saúde. Antes da intervenção as atividades de atenção à hipertensão e diabetes eram realizadas sem levar em consideração os protocolos de atenção do MS, a intervenção aumentou o grau de satisfação dos usuários. Esta intervenção servirá como guia para organizar o trabalho com as demais ações programáticas.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Estratégia de saúde da Família; Hipertensão Arterial; Diabetes Mellitus; Promoção em Saúde.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde ESF II (Cohab II e Porto), Santa Vitória do Palmar/RS, 2015.....	78
Figura 2	Gráfico: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde ESF II (Cohab II e Porto), Santa Vitória do Palmar/RS, 2015.....	79
Figura 3	Gráfico: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde ESF II (Cohab II e Porto), Santa Vitória do Palmar/RS, 2015.....	81
Figura 4	Gráfico: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde ESF II (Cohab II e Porto), Santa Vitória do Palmar/RS, 2015.....	81
Figura 5	Gráfico: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na unidade de saúde ESF II (Cohab II e Porto), Santa Vitória do Palmar/RS, 2015.....	82
Figura 6	Gráfico: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na unidade de saúde ESF II (Cohab II e Porto), Santa Vitória do Palmar/RS, 2015.....	83
Figura 7	Gráfico: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde ESF II (Cohab II e Porto), Santa Vitória do Palmar/RS, 2015.....	86
Figura 8	Gráfico: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde ESF II (Cohab II e Porto), Santa Vitória do Palmar/RS, 2015.....	86
Figura 9	Fotografia: Membros do grupo de HIPERDIA e Equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde: ESF: Cohab II e Porto.....	110
Figura 10	Fotografia: Membros do grupo de HIPERDIA e Equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde: ESF: Cohab II e Porto.....	110
Figura 11	Fotografia: Técnica de enfermagem realizando hemoglicoteste para uma usuária com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus....	111
Figura 12	Fotografia: Equipe de Saúde realizando Monitoramento das ações.....	111
Figura 13	Fotografia: Agente Comunitária mostrando os prontuários clínicos dos usuários cadastrados e visitados.....	112
Figura 14	Fotografia: Técnica de enfermagem aferindo a pressão arterial em uma usuária com Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e obesidade associada.....	112

Figura 15	Fotografia: Pesando e medindo altura de uma usuária diabética como parte do atendimento clínico dos usuários.....	113
Figura 16	Fotografia: Médica fazendo atendimento clínico para uma usuária com Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e obesidade associada.....	113
Figura 17	Fotografia: Participação da Nutricionista no dia do grupo Hiperdia na Unidade de Saúde ESF II, Cohab II.....	114
Figura 18	Fotografia: Enfermeira pesando e medindo altura de usuário com Hipertensão Arterial.....	114
Figura 19	Fotografia: Agente Comunitária de Saúde e Técnica de Enfermagem ajudando no preenchimento das fichas espelhos...	115
Figura 20	Fotografia: Participação da Nutricionista no grupo de Hiperdia na Unidade de Saúde ESF II, Porto.....	115
Figura 21	Fotografia: Enfermeira da unidade de saúde aferindo a pressão arterial e realizando glicemia capilar nos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.....	116
Figura 22	Fotografia: Equipe de saúde (agente e comunitária, técnica de enfermagem, enfermeira, recepcionista) no preenchimento dos registros.....	116
Figura 23	Fotografia: Odontóloga realizando atendimento odontológico para uma usuária com hipertensão arterial.....	117

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CLS	Conselho Local de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
IAM	Infarto Agudo Do Miocárdio
MS	Ministério de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	31
2 Análise Estratégica	34
2.1 Justificativa	Erro! Indicador não definido.
2.2 Objetivos e metas	36
2.2.1 Objetivo geral	36
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	36
2.3 Metodologia	38
2.3.1 Detalhamento das ações	38
2.3.2 Indicadores.....	57
2.3.3 Logística.....	Erro! Indicador não definido.
2.3.4 Cronograma	68
3 Relatório da Intervenção	73
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	73
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	76
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	76
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	77
4 Avaliação da intervenção	78
4.1 Resultados	78
4.2 Discussão	90
4.3 Relatório da intervenção para gestores	93
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade	97
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	100
Referências	1032
Anexos	105

Apresentação

Este trabalho de intervenção tratou sobre a melhoria da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos da Unidade Básica de Saúde Estratégia de Saúde da Família Cohab II e Porto, localizada na periferia do Município Santa Vitória do Palmar/RS, sendo realizado em um período de 12 semanas, com a participação dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na área de abrangência, tendo em conta os problemas de saúde que afetam a qualidade de vida dos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Na primeira etapa deste projeto foi realizada a análise situacional das UBS dando ênfase na situação da ESF e a caracterização estrutural das mesmas. Isto ficou exposto no Relatório da Análise Situacional. Na segunda etapa realizamos a Análise Estratégica onde justificamos a realização da intervenção com o tema sobre a atenção aos usuários com HAS e DM, propomos os objetivos e as metas e elaboramos as ações para cada uma destas metas, assim como o detalhamento de cada ação que seria realizada desde o ponto de vista do monitoramento e avaliação, engajamento público, organização e gestão dos serviços e qualificação da prática clínica. Também analisamos os indicadores e a logística de cada meta proposta e elaboramos o cronograma da intervenção com todas as ações para realizar cada semana. Na terceira etapa realizamos a intervenção propriamente dita, cumprindo o planejado no cronograma, realizando diários da intervenção semanalmente e realizando o preenchimento da planilha de coleta de dados. No quarto capítulo, ao concluir as 12 semanas da intervenção, analisamos os resultados e realizamos a discussão dos mesmos. Como parte da divulgação do trabalho de Intervenção realizamos um relatório para os gestores em saúde e para a comunidade.

No último capítulo é apresentado a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Eu trabalho em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) chamada ESF II situada na periferia, ao oeste do município de Santa Vitória do Palmar. Está composta por duas unidades de saúde chamadas Cohab II e Porto. A unidade do Porto foi criada porque a população do Porto fica muito longe (cinco quilômetros) da unidade ESF II, Cohab II, e a população não ia consultar lá, funcionando então como uma unidade propriamente dita com consultas de atendimento aos usuários duas vezes por semana (segundas e quintas na manhã), e na tarde tem atividades de grupo como puericultura, gestantes, Hipertensão, idosos, citopatológico. Esta ESF II, incluindo as duas unidades Cohab II e Porto, abrangem um total de 3.359 habitantes (SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica) de acordo com dados de 24 de junho de 2014.

A Unidade ESF II tem duas equipes com três microrregiões cada uma. Minha equipe é formada por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, três agentes comunitários (um de cada microrregião), atendendo um total de 1.726 usuários. O outro médico é uruguaio e também trabalha no Programa Mais Médicos, atendendo um total 1.633 usuários. Como existem dois médicos na mesma unidade, o horário de trabalho tem que ser compartilhado. Às segundas e quintas-feiras eu faço consultas na Unidade de Saúde da Família (USF) do Porto e às terças, quartas e sextas-feiras na USF Cohab II. Todas as manhãs faço atendimentos com oito fichas de consulta a demandas espontâneas, dois para atenção a urgências e quatro usuários agendados. Nas tardes o serviço é para grupos de hipertensos e diabéticos, idosos, mulheres, puericultura e gestantes, exames citopatológicos. As visitas domiciliares funcionam uma vez por mês, além disso possuo oito horas para estudo semanal. Nós fazemos atividades educativas com os grupos embora deveriam se realizar mais mas não pode ser possível pois meu horário de trabalho sempre está apertado.

Na unidade também trabalham uma psicóloga, uma nutricionista e uma fisioterapeuta. A dentista pediu demissão. As demandas nas unidades são completamente diferentes. A mais complicada é a área do Porto situada perto da

Lagoa Mirim a cinco quilômetros da cidade, onde quase todos os seus habitantes são pescadores e é uma população muito carente. Os fatores de risco fundamentais são alcoolismo, obesidade, tabagismo, maus hábitos alimentares, embora também haja droga e prostituição em menor quantidade. As doenças crônicas mais frequentes são a hipertensão, as doenças cardiovasculares e diabetes mellitus. Neste momento estamos atendendo muitos usuários com doenças respiratórias agudas devido ao inverno. No município de Santa Vitória do Palmar temos o hospital Santa Casa de Misericórdia, para onde referimos os usuários que precisam de atenção mais urgente.

A USF Cohab II está localizada a um quilômetro e meio da cidade. Estruturalmente é pequena, com uma recepção, uma sala de consulta médica, uma área de curativo, uma sala de vacinação, uma sala de espera que é utilizada para as reuniões semanais de equipe, um consultório de nutricionista alternada com o psicólogo e um banheiro para todos os usuários. A UBS do Porto é semelhante, pequena, com uma recepção na sala de espera, um consultório médico, uma sala de enfermagem, uma cozinha e um banheiro sanitário para todos os usuários.

Espero tenham uma ideia da situação dos Unidade Básica de Saúde onde eu trabalho com esta descrição e que resumo no Quadro 1.

Quadro 1 – Fatores analisados no território adstrito às unidades do Porto e Cohab II de Santa Vitória do Palmar e características observadas.

Variáveis	Características observadas
Urbanização	Grande parte dos moradores vive em domicílios inadequados, influenciados pela renda média próxima a um salário mínimo por família. A maioria dos habitantes são pescadores. Predominam as famílias carentes.
Educação	Predomínio da baixa escolaridade
Mortalidade	São frequentes os casos de óbito por doenças cardiovasculares, respiratórias, acidentes e violências
Prevalência clínica	Existe um aumento das doenças crônicas de manifestação precoce. As condições clínicas mais

	prevalentes são hipertensão arterial e diabetes mellitus
Condições culturais e ambientais	Alta interferência das condições ambientais sobre os problemas de saúde da população
Determinantes ambientais e condições de vida	A população sofre forte influência pela posição social que tem, como baixa renda, baixa escolaridade e com uma repercussão psicossocial importante.
Alimentação e nutrição	Influenciada por fatores históricos e culturais, com padrão alimentício baseado no consumo de arroz, feijões, raízes de tubérculos, peixes, alimentos ricos em gorduras, açúcar, além disso, produtos com ingredientes químicos, aumentando na população o sobrepeso e a obesidade. Tais condições contribuem ao aumento de doenças crônicas como a hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças coronárias e osteoartrite.
Saneamento básico	A população tem boa cobertura de água potável, mas não têm um saneamento adequado
Comportamento dos estilos de vida	Os fatores relacionados a estilos de vida, principalmente os fatores de risco modificáveis como tabagismo, consumo de sal, sedentarismo, pouco consumo das frutas, legumes e verduras, consumo de álcool e drogas, têm um predomínio importante na população, potencializando as doenças crônicas e as neoplasias, assim como as situações de violência.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Nosso trabalho é desenvolvido nas Unidades de Saúde da Família (USF) Cohab II e Porto, que pertencem ao município Santa Vitória do Palmar. Santa Vitória do Palmar é um município brasileiro do estado do Rio Grande do Sul, localizado no extremo sul do Brasil. Possui uma população de 30.990 habitantes e está localizada a 504 km da capital. Temos no município duas UBS tradicionais e nove ESF configurando uma cobertura de atenção médica de 100% da população. Seis ESF possuem Equipe de Saúde Bucal (ESB), o restante das unidades é atendido mediante Unidade Móvel, estabelecendo desta forma uma cobertura odontológica de 92% aproximadamente. Dispomos de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), mas não de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Temos um hospital na cidade, a Santa Casa de Misericórdia, que está vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS); temos apoio também do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e a Casa Nova Vida. Também há disponíveis no município três laboratórios clínicos para a realização de exames complementares dos usuários, embora alguns exames de mais complexidade sejam realizados fora do município.

Quanto ao atendimento especializado, os usuários dispõem de várias especialidades dentro do município (Cardiologia, Cirurgia geral, Dermatologia, Ginecologia, Fisioterapia, Nutrição, Obstetrícia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Psicologia, Psiquiatria, Traumatologia) e outras fora dele, principalmente em Rio Grande e Pelotas (Urologia, Pneumologia, Ortopedia, Neurologia, Nefrologia, entre outras). A estratégia de agendamento utilizada para a marcação de consulta na atenção especializada é por central de agendamento através da UBS, mas as vagas não são suficientes para a demanda do município. Observa-se também dificuldade de acesso a exames complementares, os resultados demoram mais de um mês e outros exames mais específicos como ultrassonografias, eletrocardiografias, mamografias, tomografias, citologia de colo uterino, demoram vários meses, acarretando em ocasiões atraso no diagnóstico e tratamento.

Nossa Unidade usa o modelo de atenção ESF e está localizada na zona rural do Município. Como expliquei anteriormente nossa unidade ESF II funciona com duas unidades básicas de saúde (UBS): Cohab II e Porto (são dois imóveis alugados, adaptados como estabelecimentos ambulatoriais). As UBS foram adaptadas aproximadamente no ano 1999 para ser uma Unidade Básica de Saúde e

em 2001 passaram a ser uma Unidade de Saúde da Família (USF). A ESF II, Cohab II passou por reforma no ano 2009, está inserida no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) da Atenção Básica, não possui vínculo com instituições de ensino, e é formada por duas equipes com a seguinte composição cada uma: um médico, uma enfermeira, um coordenador (mesmo que enfermeiro), uma técnica de enfermagem, três agentes comunitários de saúde (ACS). Uma auxiliar de serviços gerais, uma recepcionista, uma odontóloga e uma auxiliar de consultório dentário; estas últimas são trabalhadores comuns para as duas equipes. As equipes se revezam no atendimento na UBS Porto.

A equipe tem realizado poucas ações na comunidade de promoção de saúde e de participação popular, aliás nós ainda não temos o Conselho Local de Saúde (CLS). Seria importante que em cada Unidade Básica de Saúde houvesse funcionando um Conselho Local de Saúde/Conselho de Gestão, representante dos interesses das classes populares, para planejar, acompanhar, fiscalizar, avaliar e controlar a execução das políticas, serviços e ações de saúde, no âmbito de atuação da UBS. Assim como que houvesse uma comunicação direta entre os Conselhos de Saúde das Unidades Básicas de Saúde e o Conselho de Saúde do Município e Estadual para que pudessem garantir a implementação e fiscalização das recomendações e deliberações dos Conselhos Saúde.

Quanto à vinculação com o SUS realizamos consulta de acompanhamento para os usuários todos os dias da semana no horário da manhã tentando cumprir as orientações dos protocolos de atenção aos usuários e todas as semanas, nas quartas-feiras na tarde, ocorrem reuniões na UBS para analisar o processo de trabalho das equipes, na primeira hora de forma geral e depois com as equipes específicas, onde todos os membros participam contribuindo para resolver assuntos pertinentes às unidades e suas comunidades. Também discutimos casos clínicos apresentados pelos médicos, psicólogos e odontólogo. O agendamento do atendimento dos profissionais (médico, enfermeiro, odontólogo) é organizado de forma a facilitar o acesso dos usuários e é fixada no mural a escala de horários e grupos prioritários. São atendidos os programas de Pré-natal, Puericultura, Saúde do Idoso e Planejamento Familiar.

Também realizamos rotineiramente teste rápido de HIV, sífilis, hepatite B e C, e Hemoglicoteste. Não é feito o teste rápido para gravidez, desfavorecendo a descoberta precoce de gestação. Contamos no município com o Serviço de

Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que auxilia no atendimento e na remoção de usuários com risco de morte e/ou lesão grave. Na UBS não são realizadas pequenas cirurgias/procedimentos, mas são realizados atendimentos de urgências / emergências em dependência do tipo de urgência e estado do usuário. Se não podem ser resolvidas nas unidades são encaminhadas rapidamente para o hospital do município.

Os profissionais de UBS também realizam cuidado domiciliar e existe levantamento dos moradores da área de abrangência que necessitam receber cuidado domiciliar. No domicílio realizamos as seguintes atividades: aferição da pressão arterial, curativo, nebulização, orientações gerais (educação e cuidados em saúde), acompanhamento de problema de saúde, consulta médica, consulta de enfermagem, entrega de medicamentos, aplicação de medicação injetável, vacinação, troca de “bolsa” de usuário ostomizado, colocação ou troca de sondas, entre outros. As visitas domiciliares são programadas principalmente junto aos ACS e são realizadas por todos os profissionais.

Também desenvolvemos ações de vigilância epidemiológica e programamos o cronograma de atividades educativas com os diferentes grupos. Para melhorar o envolvimento de todos os membros da equipe, temos discutido todas as semanas como cada um poderia contribuir para auxiliar nas atividades cotidianas e os diferentes protocolos do Ministério da Saúde. Discutimos, além disso, as orientações do Curso de Especialização em Saúde da Família que nos propicia uma assistência na Atenção Básica com qualidade, humanizada, de forma responsável e ética.

Estruturalmente, as unidades são pequenas, de construção velha, adaptadas, com uma recepção de usuários, uma sala de consulta médica sem sanitário, uma área de curativo, uma área de vacinação, uma sala de espera para usuários, uma consulta de nutricionista alternada com o psicólogo e um banheiro tanto para os trabalhadores e profissionais de saúde, quanto para os usuários, não separados por sexo. Na unidade não existe sala ginecológica com sanitário privado, sala para Farmácia e/ou para armazenamento de medicamentos, sala para escovação supervisionada, sanitário para funcionários, sala de lavagem e descontaminação de material, não tem salas de nebulização, almoxarifado, salões para reuniões e educação em saúde para equipe, nem sala para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O telhado tem infiltrações e os pisos estão rachados.

Observamos que apesar da UBS Cohab II ter passado por reforma, a mesma não contemplou os princípios estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS), necessitando assim de algumas adequações. Visualizando estas necessidades e tendo em vista buscar meios para que a reforma na UBS se torne possível, a unidade foi inscrita na Estratégia Requalifica UBS (estratégia do MS que visa reforma, ampliação e construção de unidades promovendo condições adequadas para o trabalho da equipe). Neste momento está avançando a construção de uma nova unidade a qual vai ficar bem estruturada, mas a localização eu acredito está errada, porque é uma área onde moram aproximadamente 497 habitantes e o acesso de toda a população adstrita à unidade vai ser difícil, principalmente a pé. O projeto não foi analisado antes de ser colocado em prática, tendo em conta as normas de acessibilidade dos usuários.

Além de termos limitações quanto à estrutura física, passamos por algumas dificuldades também no que se refere a materiais e insumos. Nas unidades existe telefone fixo o que facilita a comunicação rápida com outros setores, ajudando a resolução de alguns problemas de forma mais imediata. O computador só é utilizado para digitação de documentos e revisão de protocolos, manuais e orientações. O Telessaúde não está instalado porque a conexão com internet é deficiente. Felizmente temos materiais e equipamentos necessários à realização das atividades da UBS.

A equipe embora tenha compromisso com a comunidade e com as atividades da unidade, tem pecado em alguns aspectos no que diz respeito às atribuições de cada profissional e às atribuições comuns a todos os membros da equipe, isto acaba gerando uma sobrecarga de trabalho para alguns profissionais. Um exemplo disto é o Programa de câncer de mama e de colo uterino onde toda a responsabilidade recai sobre o médico clínico geral além das consultas de puericultura e consultas pré natais.

Diante das dificuldades e limitações acima observadas, percebemos que o fato de termos uma equipe comprometida com o processo de trabalho se torna um ponto positivo em busca de melhorias para o serviço. Assim é necessário reunir a equipe para sensibilizá-la sobre a função de cada membro, bem como sobre as funções comuns a todos, de forma a desenvolver o trabalho com mais qualidade e eficácia.

Nossa ESF atende uma população de 3.359 pessoas. É formada por duas equipes de saúde com três microrregiões para cada uma, onde existem dois médicos na mesma unidade com horário de trabalho compartilhado. Minha equipe atende um total de 1726 usuários. É necessário considerar que em nossa área de abrangência há possibilidade de crescimento populacional, devido a uma grande quantidade de residências fechadas e em construção, além disso está interferindo no crescimento demográfico a migração de pessoas que estão trabalhando na construção dos parques eólicos. A cobertura de atenção aos usuários da nossa área de abrangência é adequada com respeito ao tamanho da equipe mas não com respeito a características estruturais da unidade. Isto ficará resolvido quando a nova unidade que está em construção estiver pronta.

A distribuição da população por sexo e faixa etária estimada na ESF está de acordo com as expectativas nacionais.

Tabela 1 - Distribuição da população em faixa etária e sexo nas USF Cohab II e Porto no ano de 2014 (Fonte: SIAB, junho/2014)

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menores de 1 ano	6	7	13
1-4 anos	28	40	68
5-9 anos	62	51	113
10-14 anos	81	54	135
15-19 anos	67	66	132
20-39 anos	251	282	533
40-49 anos	115	137	252
50-59 anos	125	124	249
60 e mais	110	121	231
Total	845	882	1726

De acordo com os dados demográficos, a população feminina predomina levemente com respeito a população masculina o que coincide com os dados demográficos nacionais. Verificamos também que a população da área é predominantemente jovem, pois, existe um grande número pessoas abaixo dos 59 anos, porém proporção da população idosa como no restante do país, continua crescendo significativamente.

No que se refere ao processo de acolhimento a demanda espontânea, a equipe encontra-se bem engajada, pois o acolhimento é realizado por todos os profissionais da equipe, obedecendo à classificação de risco biológico e vulnerabilidade social para definir o encaminhamento da demanda do usuário. Não existe excesso de demandas para consultas de usuários com problemas de saúde agudo. Isto é devido à organização da agenda com espaços reservados para estes atendimentos. Nas UBS acontecem atendimentos voltados a várias áreas de atenção: atenção à saúde da criança, ao pré-natal, prevenção e controle do câncer de colo de útero e de mama, atenção aos hipertensos e diabéticos, à saúde dos idosos e à saúde bucal, os quais serão analisadas a seguir.

Em relação à saúde da criança, oferecemos o atendimento de puericultura para crianças de 0 a 6 anos de idade, uma vez por mês para cada unidade de saúde, no turno da tarde. No atendimento de puericultura participam o médico clínico geral, auxiliado pelo enfermeiro, técnica de enfermagem e agente comunitário nas mensurações. Também participam a nutricionista, psicóloga e a odontóloga. As ações desenvolvidas na UBS no cuidado às crianças na puericultura são feitas mediante palestra ou pessoalmente as mães nas consultas com os seguintes temas:

- Promoção do aleitamento materno,
- Orientar as mães e a família sobre os cuidados com o bebê,
- Promoção de hábitos alimentares saudáveis,
- Imunizações,
- Prevenção de acidentes,
- Avaliação nutricional e do desenvolvimento neuropsicomotor da criança,
- Prevenção de anemia,
- Diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, problemas de saúde bucal e problemas de saúde mental,
- Importância das consultas de puericultura e
- Prevenção de violência

Os problemas agudos mais frequentes são as infecções respiratórias agudas, doenças diarreicas agudas, traumatismos e feridas por acidentes. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico, odontológico e fichas de vacinas e os mesmos são arquivados junto com o prontuário da família, também é preenchida a Caderneta de saúde da criança. A caderneta da criança é solicitada em cada consulta e sempre é preenchida com os dados atuais das consultas, conversamos com a mãe ou

responsável sobre a importância de ler as dicas de alimentação saudável disponíveis na caderneta, assim como sobre o acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor da criança, explicamos o significado do posicionamento da criança na curva de crescimento e como reconhecer sinais de risco, também informamos a data da próxima vacina.

Temos 13 crianças menores de um ano, (cinco da UBS Porto e oito da Cohab II) acompanhadas que estão em dia com o protocolo de 13 consultas durante os seis primeiros anos de vida da criança, apresentando uma cobertura de 62%. Pelo que podemos perceber temos que continuar trabalhando na busca de crianças que são atendidas fora da unidade e verificar se estão comparecendo às consultas, se têm o esquema de vacinação em dia e tratar de modificar a visão curativista das mães que ainda levam as crianças à unidade somente quando elas estão doentes.

A cobertura para o teste de pezinho nos sete primeiros dias de vida é alta (100%), já que é realizado no hospital antes do egresso da criança. Essa triagem é importante para o diagnóstico precoce das doenças neonatais como hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria e hemoglobinopatias. Todas as crianças atendidas na unidade têm as consultas em dia segundo o protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a), tem feito a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, fazemos monitoramento do crescimento e desenvolvimento na última consulta e orientamos sobre importância do aleitamento materno. A adesão à amamentação exclusiva é grande, devido a constante orientação durante o período de pré-natal.

Existe uma baixa cobertura de avaliação da saúde bucal, pois as mães não compreendem a real importância da consulta odontológica. Por isso as ações de prevenção da saúde bucal são feitas nas consultas médicas e de enfermagem também, orientando as mães sobre desenvolvimento dental e importância da higiene bucal.

Os pontos positivos no atendimento à saúde da criança na UBS podem ser evidenciados pela realização de registro do atendimento em prontuário específico de saúde da criança, grande adesão ao aleitamento materno, preenchimento da caderneta da criança, agendamento da consulta de puericultura subsequente, realização de atividades com grupos de mães da puericultura e manutenção do esquema de vacinação em dia e a busca ativa das crianças que não estão

cadastradas na unidade. Mas também são evidenciadas falhas no processo de trabalho a serem corrigidas como: baixa avaliação da saúde bucal, não cumprimento das atribuições comuns a todos os membros da equipe e a não existência de um arquivo específico para os registros dos atendimentos da puericultura, o qual com certeza seria muito importante já que faria o trabalho mais fácil, principalmente para identificar crianças de risco, aquelas faltosas, programação da próxima consulta e avaliação dos procedimentos em atraso (mensuração de peso e esquema de vacinas principalmente).

A cobertura de pré-natal de nossa área é de 46%, sendo considerada baixa em relação ao protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2012b). A equipe busca a identificação precoce da gestante, oferecendo os cuidados e orientações necessárias para que tenha uma gestação e puerpério saudáveis, diminuindo riscos para a mãe e para o bebê. Pouco a pouco este número está aumentando, atualmente são 12 usuárias, na medida que as gestantes vão conhecendo o trabalho do Programa Mais Médicos e da Estratégia de Saúde da Família. Porém, a falha da equipe na atenção ao pré-natal se dá pela detecção tardia de gestações e a pouca assistência para que as gestantes compareçam a consulta odontológica, assim a cobertura de avaliação de saúde bucal nas gestantes se encontra em 58% (só 7 gestantes têm avaliação da saúde bucal). Esse fato nos preocupa, pois, o estado de saúde bucal na gravidez interfere no estado geral de saúde da mãe e do bebê. As doenças periodontais têm sido relacionadas ao parto prematuro e ao baixo peso ao nascer. Estes são pontos que necessitam ser corrigidos.

A unidade oferece atendimento às gestantes todos os dias da semana, só no horário da manhã. As consultas são agendadas todos os dias e o pré-natal subsequente é agendado no momento da consulta para evitar falhas no acompanhamento. O atendimento é realizado pelo médico, enfermeiro, nutricionista, odontólogo, técnico de enfermagem, e se necessário psicólogo. As ações que são desenvolvidas na UBS no cuidado às gestantes são:

- Promoção do aleitamento materno,
- Promoção de hábitos alimentares saudáveis, avaliação nutricional,
- Promoção, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal,
- Imunizações,
- Diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral,

- Diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental,
- Controle dos cânceres do colo de útero e mama por citologia e exame das mamas.

O cartão de pré-natal é solicitado e atualizado nos atendimentos e sempre conversamos com as gestantes sobre as dicas de alimentação saudável, sobre cuidados das mamas e a importância do aleitamento materno e a vacinação, sobre os cuidados com o recém-nascido, importância da saúde bucal na gravidez e assistência as consultas de odontologia, significado do evolução do peso na curva de ganho de peso do cartão de pré-natal, sobre os riscos do tabagismo, do álcool e das drogas na gravidez, importância de se realizar os exames laboratoriais em tempo. Também conversamos sobre planejamento familiar e a importância de se realizar a revisão puerperal os primeiros dias de pós-parto.

O risco gestacional é avaliado desde a primeira consulta pré-natal, já que existem doenças que se apresentam durante o decorrer da gestação. Os exames laboratoriais são sempre solicitados na primeira consulta mostrando, portanto, uma cobertura de 100% (12 grávidas). O cartão vacinal sempre é solicitado ou confeccionado na primeira consulta, para que seja iniciado o esquema vacinal devido, caso haja necessidade. O sulfato ferroso sempre é prescrito a partir da 20ª semana para todas as gestantes.

O protocolo de atendimento utilizado na unidade de saúde é o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde número 32 (BRASIL,2012b) que é utilizado apenas pelo médico e enfermeiro da equipe, mas o mesmo está disponível a todos os profissionais que se propuserem a utilizá-lo. Os atendimentos do pré-natal são registrados em prontuário clínico, formulário especial do pré-natal, ficha de atendimento odontológico, e são arquivados juntamente com o prontuário da família. Os problemas de saúde agudos apresentados pelas gestantes são atendidos e não há excesso de demanda. Nas UBS existe o Programa SIS preNatal (Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento) do Ministério da Saúde e o responsável pelo cadastramento é o médico clínico geral. O responsável pelo envio dos cadastros à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) é o enfermeiro. Quanto ao pré-natal iniciado no primeiro trimestre, o índice de cobertura apresenta-se em 83%, ou seja, 10 gestantes foram atendidas desde o primeiro trimestre.

A importância da consulta puerperal é evidenciada durante todo o pré-natal. Na unidade a atenção às puérperas tem baixa cobertura, mas as atendidas foram submetidas a exame físico completo e orientadas sobre os cuidados básicos do recém-nascido, aleitamento materno exclusivo e planejamento familiar. Na unidade realizamos atividades de grupos com as gestantes uma vez ao mês onde participam todos os profissionais que trabalham na unidade.

Tendo em vista as elevadas taxas de morbimortalidade por câncer ginecológico no Brasil, as ações de controle do câncer de colo de útero e de mama são de grande importância na atenção primária à saúde. Essas atividades devem estar presentes no processo de trabalho das equipes, seja em momentos coletivos ou em grupos, e também durante as consultas. É fundamental a disseminação da necessidade dos exames e da sua periodicidade, bem como dos sinais de alerta que podem evoluir para câncer.

Na UBS temos 282 (64%) mulheres sendo acompanhadas para prevenção do câncer (CA) de colo de útero. O exame citopatológico é realizado apenas pelo médico e a abordagem de usuários para detectar a necessidade de realizar o exame citopatológico é feita pelo médico e agentes comunitários de saúde. O resultado seria melhor se os enfermeiros também fizessem o exame e toda a equipe estivesse envolvida no programa já que o mesmo é responsabilidade de todos os profissionais de saúde, nos diversos níveis de atendimento, contribuindo assim melhorar a qualidade de vida dessa população.

Fazemos rastreamento do câncer de colo de útero de forma oportunista e desorganizada. Não existe protocolo de prevenção do câncer de colo uterino (BRASIL, 2006a) e sempre o médico investiga os fatores de risco para o câncer de colo uterino em todas as mulheres que realizam o exame. Existe um livro de registro específico para resultado de exame citopatológico, além do registro em prontuário clínico e formulário especial. Os registros específicos são revisados sem periodicidade definida, com a finalidade de verificar mulheres com exame de rotina ou alterado em atraso, de realizar o acompanhamento das mulheres com alteração ao exame, de avaliar a qualidade do programa e de verificar se os registros estão completos. A revisão dos arquivos é realizada apenas pelo médico. Os exames de coleta são realizados de forma organizada, e os materiais para sua realização estão sempre disponíveis na unidade. Os fatores de risco para câncer de colo uterino são investigados em todas as mulheres que realizam o exame citopatológico. Existe uma

sistematização das ações educativas para prevenção de câncer de colo uterino realizadas na unidade de saúde ocorrendo mensalmente.

A avaliação para fatores de risco para câncer de colo de útero apresenta uma cobertura de 69,5% (305 mulheres). A orientação sobre a doença e exame de prevenção é realizada constantemente durante consultas e ações em saúde, com objetivo de conscientização e melhora da adesão. Explicamos a importância do mesmo para a detecção precoce deste tipo de câncer, fazemos atividades com grupos de mulheres explicando sinais de alerta principalmente presença de lesões precursoras de muitos anos de evolução, além disso, informamos o resultado do exame feito e explicamos conduta se precisarem (de acordo com o resultado). A orientação sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) apresenta 86,0% (378 mulheres) de cobertura, também associada a orientações fornecidas durante as consultas e as palestras. Os exames coletados na unidade de saúde apresentam 100% de amostras satisfatórias, demonstrando a boa técnica utilizada no momento da coleta. A porcentagem de usuários com o exame de citopatológico para câncer de colo uterino em dia alcança 64,0% (282) das usuárias, este índice deve ser melhorado.

No tempo que temos trabalhando nas unidades básicas, notamos que a cobertura de Prevenção do Câncer de Colo de Útero é boa, mas a demanda de usuários é maior que o número de dias que dispomos para fazer o exame citopatológico. Com certeza existem usuários que nunca fizeram o exame e temos que fazer todo o possível para sua recuperação. O resultado seria melhor se os enfermeiros também fizessem o exame. O índice de exames citopatológicos em atraso com mais de seis meses é de 6%, sendo que 28 mulheres faltam por realizar o exame citopatológico. Não consegui os dados de quantas mulheres foram identificadas com exame citopatológico alterado. Existem muitas dificuldades ainda nos registros já que não existe um arquivo específico das usuárias que se encontram dentro da faixa etária de 25 a 64 anos, com fatores de riscos identificados, com citologia alterada e qual foi a conduta seguida, e aquelas com exame em atraso.

Nenhum dos profissionais realiza o planejamento, gestão e coordenação do programa de prevenção de colo uterino na unidade, o que poderia ajudar a melhorar e ampliar a cobertura da unidade.

Alguns pontos de fragilidade foram identificados nas ações de controle do Câncer de Colo do Útero, dentre eles observa-se: agenda rígida que permite poucas

opções de horário; centralização de atendimento só no médico; ausência de profissionais dedicados à gestão e avaliação do programa de controle do câncer de colo uterino e realização da coleta do exame apenas pelo profissional médico, ausência de arquivo específico com dados que facilitem o acompanhamento destes usuários. Os aspectos positivos evidenciados foram: adesão da equipe de saúde na realização de ações educativas referentes ao tema; avaliação dos fatores de risco para câncer de colo uterino durante consultas e coleta; a boa técnica de coleta que favorece resultado de exames mais fidedignos.

O câncer de mama é outro câncer que também tem levado ao óbito muitas mulheres no Brasil e no mundo. Na UBS o rastreamento é realizado durante as consultas do médico, de forma aleatória. O exame clínico das mamas e a solicitação de mamografia são realizados todos os dias da semana no turno da manhã. Em nossa área temos 159 mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos. Não consegui o número de usuárias com mamografia em dia e com mais de três meses de atraso. Por isso é importante ter um arquivo específico na unidade para melhorar a busca ativa e o acompanhamento destes usuários assim como facilitar o sistema de informação.

Realizamos avaliação dos fatores de risco para câncer de mama a todas as usuárias que consultam entre as idades 50 e 69 anos. Todas recebem orientações e esclarecimentos sobre câncer de mama, seus fatores de risco e a importância da realização da mamografia. Fazemos atividades com grupos de mulheres falando sobre os fatores de risco para esta doença, explicamos o que devem fazer para prevenção, alimentação saudável (juntamente com a nutricionista), eliminar ou controlar hábitos deletérios, prática de exercício físico, alertamos sobre os sinais e sintomas suspeitos desta doença, explicamos a importância da realização da mamografia na faixa etária entre 50 e 69 anos. As atividades com o grupo de mulher são feitas todas as primeiras segundas de cada mês na unidade de saúde Cohab II e geralmente tem boa participação das usuárias. Também, os indicadores podem-se melhorar se toda a equipe se envolver e se melhorarmos o sistema de informação para facilitar o acompanhamento das usuárias.

Observando a cobertura para prevenção do câncer de mama é importante dizer que existe uma boa adesão das usuárias neste programa e afortunadamente não temos problemas com a realização do mesmo no município. Dessa maneira, observa-se que: ausência de registro para acompanhamento dos exames

solicitados, a ausência de uma equipe de gestão e avaliação das ações de prevenção do câncer de mama e o número limitado de profissionais que realizam o rastreamento e as ações preventivas, são aspectos negativos que interferem no aumento da cobertura de CA de mama e necessitam ser melhorados.

Outra classe crescente de usuários são os frequentadores do programa de Hipertensão e Diabetes (Hiperdia). Na área de abrangência da UBS temos 273 (71,0%) hipertensos e o atendimento a esses usuários ocorre todos os dias da semana nos turnos da manhã, nas consultas de acompanhamento e da tarde mediante a realização dos grupos, possibilitando maior flexibilidade de horários. Eles são atendidos pelo médico, enfermeiro, odontólogo, técnico de enfermagem, auxiliar de consultório dentário e nutricionista. A oferta de atendimento de problemas de saúde agudos para hipertensos ocorre diariamente, sem excesso de demanda. Não funciona o Programa Hiperdia neste momento, mas segundo o enfermeiro coordenador e outros trabalhadores com mais anos de trabalho na unidade, este programa funcionou anteriormente pelo que se faz imprescindível sua recuperação. Os atendimentos dos adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) são registrados no prontuário clínico, ficha de atendimento odontológico e ficha de atendimento nutricional, não existindo um arquivo específico com alguns dados dos usuários. Ter esse arquivo facilitaria nosso trabalho para avaliação de consultas programadas, identificação do risco cardiovascular, avaliação nutricional, curva de pressão arterial, exames laboratoriais pendentes, consultas com as especialidades, adesão e cumprimento do tratamento tanto farmacológico como não farmacológico, etc.

Todo hipertenso tem também uma carteirinha que é solicitada em cada consulta onde ficam registrados dados como as mensurações, os valores de pressão arterial, o tratamento atualizado, vacinações, próximas consultas e orientações sobre a doença em geral. Também indicamos dados dos exames complementares, encaminhamentos para as especialidades se for o caso, atividades de grupos em que participa, fazemos ações para o controle do peso corporal, de estímulo à prática regular da atividade física, atividades de orientação sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e do tabagismo, diminuição do consumo de sal e gorduras, orientações sobre importância de evitar complicações cardiovasculares e desfechos como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, problemas renais, entre outros. Os prontuários são mantidos junto com o

envelope da família. Os exames complementares periódicos encontram-se em dia em 74,7% (204) dos hipertensos, evidenciando uma boa continuidade do atendimento.

Durante as consultas é realizada uma classificação de risco cardiovascular que é utilizada durante o período de acompanhamento dos usuários. Considerando-se o cálculo da estratificação do risco cardiovascular por critério clínico a cobertura desse índice é de 100%, justificado pela regularidade dos hipertensos nas consultas com médico e enfermeiro, assim como a realização dos exames clínicos e laboratoriais que possibilitam calcular o risco cardiovascular. As ações desenvolvidas na UBS no cuidado aos adultos portadores de HAS são:

- Estratificação dos fatores de risco,
- Motivação aos usuários em relação aos cuidados necessários para a manutenção de sua saúde,
- Explicação aos usuários sobre como reconhecer sinais de complicações,
- Imunizações,
- Diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de saúde bucal, de saúde mental,
- Diagnóstico e tratamento do alcoolismo, obesidade, sedentarismo, tabagismo.

A equipe de saúde realiza ações educativas e atividades em grupo com hipertensos, no âmbito da unidade de saúde e em espaços comunitários. Os grupos ocorrem uma vez ao mês e todos os trabalhadores da unidade participam. As orientações sobre prática de atividade física regular e alimentação saudável são fornecidas a todos, assim o índice de cobertura é de 100%. A avaliação de Saúde Bucal apresenta uma cobertura de 54% (148 hipertensos), isto pode se explicar pelo fato que a maioria dos usuários hipertensos serem idosos e usarem prótese, acham que não necessitam de tal avaliação.

Os profissionais seguem o protocolo de Atenção Básica para os usuários com Hipertensão Arterial (BRASIL, 2013b), mas neste momento não existe na unidade um protocolo de atendimento o que facilitaria as orientações e procedimentos durante o acompanhamento dos usuários.

Os aspectos positivos evidenciados na atenção aos hipertensos são: flexibilidade de agendamento de consultas, realização de ações educativas de forma sistemática e organizada, realização de exames complementares, agendamento de

consultas subsequentes e estratificação do risco cardiovascular. As dificuldades apresentadas são a ausência de protocolo de atendimento (BRASIL, 2013b) que oriente as ações relativas ao Hiperdia, a baixa adesão à avaliação de saúde bucal e ausência do grupo de profissionais que realizam a gestão e avaliação da atenção aos hipertensos.

Ainda avaliando as atividades com o grupo Hiperdia, na área de abrangência da UBS temos 66 (60%) pessoas portadoras de diabetes mellitus. O atendimento ocorre de igual forma que aos usuários hipertensos, possibilitando maior flexibilidade aos usuários. Os usuários são atendidos pelo médico, enfermeiro, odontólogo, técnico de enfermagem, auxiliar de consultório dentário, psicóloga e nutricionista. A oferta de atendimento aos problemas de saúde agudos para diabéticos ocorre diariamente e não existe excesso de demanda. A programação da consulta subsequente ocorre na unidade de saúde, o que possibilita um acompanhamento mais eficaz dos usuários e facilita a busca ativa dos faltosos.

As ações desenvolvidas englobam imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos gerais, problemas de saúde bucal, obesidade e sedentarismo. São realizadas ações educativas nos grupos e também nas consultas. A orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável ocorrem para 100% dos diabéticos, tanto durante as consultas como em ações educativas e atividades em grupo. Todos os trabalhadores da unidade participam das atividades educativas. O registro do atendimento ocorre no prontuário clínico, na ficha de atendimento odontológico e na ficha de avaliação nutricional. Não existe um arquivo específico e os prontuários ficam arquivados juntos ao da família. Existe uma classificação de risco cardiovascular que é utilizada durante o período de acompanhamento dos usuários.

Apenas 14% (9) dos diabéticos apresentam atraso na consulta agendada de acompanhamento em mais de sete dias. O índice de usuários diabéticos com os exames periódicos em dia é de 86% (47) e poderia ser maior caso não houvesse dificuldade ao acesso dos exames complementares. Considerando-se o cálculo da estratificação do risco cardiovascular por critério clínico a cobertura desse índice é de 100%, justificado pela regularidade dos usuários nas consultas com médico e enfermeiro, assim como a realização dos exames clínicos e laboratoriais que possibilitam calcular o risco cardiovascular.

Todos os diabéticos tiveram seus pés examinados nos últimos 03 meses. A avaliação da saúde bucal em dia é de um 62%, sendo que 41 diabéticos têm sido avaliados quanto a saúde bucal. É usado o protocolo de Atenção Básica para os usuários com diabetes mellitus (BRASIL, 2013a), mas não existe na unidade um protocolo de atendimento o que facilitaria as orientações e procedimentos durante o acompanhamento dos usuários.

As dificuldades evidenciadas no atendimento ao usuário diabético são: ausência de protocolo de atendimento (BRASIL, 2013a) que oriente as ações relativas ao HIPERDIA, ausência do grupo de profissionais que realizam a gestão e avaliação da atenção aos usuários diabético, pouca assistência a consulta odontológica para a avaliação de saúde bucal.

Como comentado anteriormente, a população brasileira tende a envelhecer. Na unidade temos uma população de 231 idosos, o atendimento a eles ocorre todos os dias da semana no turno na manhã. A flexibilidade do horário de atendimento facilita a marcação de consultas e a cobertura dessa faixa etária. Os profissionais que participam do atendimento aos idosos são médicos, enfermeiro, nutricionista, psicóloga, odontólogo, técnico de enfermagem, auxiliar de consultório dentário. Após o acolhimento já fazemos agendamento da próxima consulta. Os usuários maiores de 60 anos têm atenção priorizada na unidade.

O protocolo para o atendimento de idosos utilizado na unidade de saúde foi produzido pelo Ministério da Saúde no ano de 2006 (BRASIL, 2006b), sendo utilizado apenas pelo médico e enfermeiro, estando disponível a todos os membros da equipe. Também existe a cartilha Estatuto do Idoso que nos fornece informações sobre os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (Lei N°10.741, de 1º de outubro de 2003). O Estatuto do Idoso é considerado uma das maiores conquistas sociais da população idosa no Brasil, ampliando a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa. As Ações desenvolvidas na UBS no cuidado aos idosos são:

- Imunizações,
- Promoção da atividade física, de hábitos alimentares saudáveis, da saúde bucal e da saúde mental,
- Diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, problemas de saúde bucal e problemas de saúde mental,

- Diagnóstico e tratamento do alcoolismo, da obesidade, do sedentarismo e do tabagismo,
- Prevenção de acidentes,
- Programação de visitas domiciliares e
- Avaliação nutricional

O registro de atendimento a idosos ocorre no prontuário clínico, ficha de atendimento odontológico e nutricional, ficha-espelho de vacinas e é arquivado junto com o envelope da família. A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é solicitada e preenchida com as informações atuais do idoso. É necessária a criação de ficha específica para atendimento aos idosos já associada à avaliação multifuncional rápida. A avaliação da capacidade funcional global ocorre esporadicamente nas consultas clínicas. As atividades em grupos são realizadas uma vez ao mês na unidade e estão intimamente relacionadas à diabetes mellitus e hipertensão arterial, já que uma grande parte dos idosos são portadores dessas morbidades. Todos os membros da equipe participam dessas atividades.

Fazemos as seguintes ações no cuidado destes usuários: Promoção da atividade física (para evitar sedentarismo), estimular hábitos alimentares saudáveis (evitando alimentos com gorduras, diminuindo consumo de sal, estimulando a alimentação com frutas, legumes, vegetais, carnes magras...), importância da prevenção de acidentes, evitar ou diminuir ou eliminar hábitos tóxicos como tabagismo, consumo de álcool, avaliação nutricional, promoção da saúde bucal, controle das doenças crônicas associadas, evitar a automedicação e orientações sobre importância do reconhecimento das sinais de risco relacionados estes problemas.

O levantamento dos idosos que necessitam de cuidado domiciliar é realizado pelos agentes comunitários de saúde e informado e discutido nas reuniões da equipe.

A Avaliação Multidimensional Rápida também não é realizada pela equipe de saúde, evidenciando uma grande falha no acompanhamento e cobertura dessa parte da população. Por outro lado, é positivo pensar que o índice de cobertura é de 98.2% (191) para acompanhamento em dia dos idosos. Tal fato é justificado pela grande associação dos idosos da área de abrangência com a participação frequente no Hiperdia. Dos 231 idosos residentes na área de abrangência, 109 (47%)

possuem hipertensão arterial sistêmica e 28 (12,1%) possuem diabetes mellitus, demonstrando a alta associação da faixa etária avaliada com as doenças crônicas mais incidentes.

Apenas 17,3% do total de idosos residentes na área possuem consultas com mais de três meses de atraso. A flexibilidade nos horários de atendimento e a prioridade ao atendimento aos idosos facilitam a busca e agendamento clínico. A avaliação do risco de morbimortalidade ocorre em 100% dos idosos. A investigação de indicadores de fragilização na velhice não se faz na UBS demonstrando outra falha no acompanhamento destes usuários.

A avaliação de saúde bucal ocorre em 54,5% (126) dos idosos. Esse índice reflete uma cobertura baixa e o mesmo é explicado por dois fatores distintos: a falta de integração das atividades do odontólogo às ações da equipe de saúde e a cultura arraigada do uso de próteses dentárias como alternativa à dentição residual e seus cuidados, associado ao pensamento que portador de prótese não necessita ir ao dentista.

As maiores dificuldades apresentadas durante a avaliação do processo de trabalho da unidade em relação à atenção ao idoso são: deficiência na avaliação de saúde bucal, dificuldade para realizar a avaliação multidimensional rápida, ausência de investigação de indicadores de fragilização na velhice, inexistência de um arquivo específico para registros do atendimento dos idosos. Dentre os pontos positivos temos a presença e conhecimento do protocolo de atendimento ao idoso e do Estatuto do Idoso, a flexibilidade de horário para agendamento de consultas, a presença de Caderneta de atenção à saúde da pessoa idosa e a realização de atividades de promoção e prevenção em saúde.

Analisando o processo de trabalho desenvolvido pela equipe percebemos que os maiores desafios encontrados estão relacionados à deficiência de materiais de consumo e permanente, insatisfação dos profissionais pelas inadequadas condições de trabalho e estrutura física da unidade necessitando de adequações. A estrutura física da UBS facilita a mudança das práticas em saúde das equipes de saúde da família, dando respostas às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência e garantindo a continuidade dos cuidados na comunidade. As equipes estão capacitadas a resolver os problemas de saúde da comunidade, portanto, é necessário dispor de recursos estruturais e equipamentos compatíveis que possibilitem a ação dos profissionais de saúde em relação a esse compromisso.

Apesar dos problemas identificados com a estrutura deficiente e as carências da UBS tratamos que a atenção ao usuário seja oferecida com a maior qualidade possível.

Também detectamos déficit no desenvolvimento de educação continuada pela equipe, pouco conhecimento sobre as atribuições comuns e de cada um dos profissionais e ausência de um Conselho Local de Saúde.

Apesar das dificuldades enfrentadas, o processo de trabalho se mostra eficaz. A equipe de saúde utiliza dados do SIAB como instrumento de gestão e planejamento das ações da ESF, demonstrando preocupação em ofertar serviços com ampla acessibilidade e resolutividade. Valorizamos o acolhimento nas ações com a comunidade e realizamos reuniões de equipe visando discussão dos problemas do serviço de saúde e da população.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Para descrever a situação da Unidade Básica de Saúde (UBS) em relação às características da população, ao engajamento público, à estrutura da UBS e aos processos de trabalho na UBS foi necessário o preenchimento de questionários e a análise dos cadernos de ações programáticas. Estas atividades permitiram a construção de indicadores tanto de cobertura quanto de qualidade, dessa forma, ao avaliar cada um desses instrumentos encontramos alguns aspectos positivos e negativos.

A análise da situação do engajamento público no território da UBS permitiu-nos avaliar tanto o investimento da equipe na relação com a população quanto o próprio envolvimento da população com o serviço. A implantação do Conselho Local de Saúde organizado é importante para melhorar o conhecimento pela equipe dos problemas dos usuários de sua área, a organização, a gestão, o monitoramento e avaliação das ações de saúde e também é um instrumento do controle social fundamental para a melhoria das condições de saúde dos usuários. Outro ponto interessante foi a divulgação da Carta dos Direitos dos Usuários do Sistema Único de Saúde pelo curso, com ela percebemos a necessidade de envolver um representante da comunidade nos processos de discussões dos serviços de saúde.

Nas equipes é necessário dispor de recursos estruturais e equipamentos compatíveis que possibilitem a ação dos profissionais de saúde em relação ao

compromisso de resolver os problemas de saúde da comunidade. Ao fazer avaliação sobre a estrutura física das unidades encontramos muitas deficiências e carências que ficariam resolvidas com a construção da nova Unidade de Saúde. No processo de trabalho das equipes de atenção básica se realizou a definição do território de atuação da UBS, mapeamento e reconhecimento das áreas adstritas e atualização e cadastramento das famílias e dos indivíduos de nossas áreas.

A discussão do questionário sobre atribuições dos profissionais de saúde e de atenção à demanda espontânea foi muito importante para identificar que em nossa UBS, onde o território de atuação está bem definido e apesar de ter uma estrutura física pouco adequada, os profissionais estão envolvidos e centrados em oferecer um serviço com qualidade, realizando o cuidado em saúde e cumprindo os princípios do SUS. Ainda temos que melhorar em alguns aspectos no que diz respeito às atribuições de cada profissional e às atribuições comuns a todos os membros da equipe porque isto acaba gerando uma sobrecarga de trabalho para alguns profissionais principalmente ao médico. Passamos também a valorizar o acolhimento à comunidade, o qual tem se fortalecido.

Através do questionário sobre a atenção à saúde da criança, evidenciamos a fragilidade desse programa na unidade, principalmente pela visão curativista de muitas mães. A valorização da comunidade está voltada para atendimento médico em situações de enfermidade. Essa situação causou inquietação da equipe na busca de estratégias para mudança dessa realidade. A atenção ao pré-natal e puerpério na UBS demonstrou-se satisfatória, chamando-nos a atenção apenas à baixa adesão das gestantes ao atendimento odontológico. Já o questionário do controle do câncer do colo do útero e de mama evidenciou a falta de arquivos específicos que facilitem o planejamento e monitoramento das ações voltadas para essa área.

Os questionários da atenção ao hipertenso, diabético e idoso também deixou clara a dificuldade de adesão dessa parcela da população à avaliação e cuidado da saúde bucal, gerando-nos preocupação diante da relevante necessidade desse acompanhamento. É importante destacar a grande quantidade de usuários diabéticos e hipertensos que tem sido diagnosticado nos últimos meses, demonstrando que o trabalho tem que ser ainda maior por existir em nossa área grande quantidade de fatores de riscos identificados.

Com respeito à saúde bucal o trabalho pode ser melhorado integrando a equipe de saúde da UBS nas ações de atenção à saúde bucal para oferecer uma atenção multiprofissional e atividades de orientação sobre alimentação saudável e higiene bucal. Embora seja muito difícil mudar o pensamento curativo dos usuários que ainda limitam a atenção odontológica ao tratamento das doenças e avaliam as ações de orientação coletiva como uma perda de tempo restando, nós profissionais devemos estimular a importância à promoção e prevenção em saúde que constituem alvos da atenção primária.

Após a confecção desse relatório entendemos que o processo de mudança visando melhorias nas ações e serviços de saúde é muito lento, porém as visualizações das potencialidades da equipe facilitam o trabalho.

2 Análise Estratégica

2.1. Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são doenças que constituem um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Uma alta porcentagem da população é portadora desses agravos, cuja prevalência tende a aumentar progressivamente pelo envelhecimento populacional. Apesar da alta prevalência, as taxas de controle são baixas e ainda há muitos casos não diagnosticados. São responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, estando geralmente associadas. Elas também contribuem para efeitos adversos à saúde, por exemplo, a DM lidera como causa de cegueira, insuficiência renal, incapacidade pelas amputações, e expõe a um aumento de mortalidade por eventos cardiovasculares. Já a HAS associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais do coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares (BRASIL, 2013a, BRASIL, 2013b).

A unidade em que trabalho foi adaptada há 14 anos para o trabalho das Estratégias de Saúde da Família (ESF). As duas equipes possuem médico, enfermeira, técnica de enfermagem e três agentes comunitários de saúde (ACS). O auxiliar de serviços gerais, a recepcionista, o odontólogo e o auxiliar de saúde bucal são comuns para as duas equipes. A população atendida pela UBS é de 3.359 pessoas, porém minha equipe atende a um total de 1.726 usuários. Priorizamos atendimentos voltados a várias áreas como a atenção à saúde da criança, ao pré-natal e puerpério, prevenção e controle do câncer de colo de útero e de mama, atenção aos hipertensos e diabéticos, à saúde dos idosos e à saúde bucal.

No Relatório Análise Situacional ficaram relatados todos os problemas identificados na UBS e um dos programas com mais dificuldades de cobertura populacional e de qualidade é o programa de Atenção aos usuários com Hipertensão e Diabetes. De acordo com o Caderno de Ações Programáticas, a estimativa para a UBS é de 385 adultos portadores de HAS e temos cadastrados apenas 273 (71% de cobertura), ainda deveríamos ter 110 usuários diabéticos acompanhados, porém temos registro de apenas 66 (60%). Existem usuários que

consultam em serviços particulares mas recebem atenção pela agente comunitária nas visitas domiciliares e pela médica, caso necessário.

A taxa de exames complementares periódicos em dia, nos usuários hipertensos que são acompanhados na unidade, encontram-se em 74,7% e 86% nos diabéticos, evidenciando uma continuidade do atendimento que precisa ser melhorada. A avaliação de saúde bucal apresenta cobertura de 54% nos hipertensos e de 62% nos diabéticos. As ações desenvolvidas na UBS para usuários com HAS e DM são estratificação dos fatores de risco, motivação em relação aos cuidados necessários para a manutenção da saúde, reconhecimento de sinais de complicações, imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de saúde bucal, de saúde mental, do alcoolismo, de obesidade, do sedentarismo e do tabagismo.

Atualmente o cadastramento no e-SUS não funciona e temos que implementá-lo. Neste momento a equipe de saúde se encontra incompleta, com falta de um agente comunitário, o que vai tornar mais difícil o trabalho de intervenção. Outro ponto preocupante é a falta de comprometimento da equipe e pessimismo quanto aos resultados da intervenção, pois alegam que muitos usuários trabalham e não comparecem à unidade por falta de tempo ou horário compatível.

Considerando que o sistema único de saúde do Brasil está consolidando um modelo onde o nível primário assume a responsabilidade da promoção e a prevenção sobre fatores de risco e a detecção precoce das complicações, esta investigação com os usuários diabéticos e hipertensos na comunidade nos proporcionará a base para utilizar o método de intervenção preventiva permitindo assim não só informar sobre as características da doença também permitirá motivar a prevenção e detecção precoce de complicações, fortalecer o controle metabólico dos usuários, desta maneira contribuiremos a reverter em melhoria da qualidade de vida com uma redução de custos do controle da doença e uma redução da mortalidade.

Além disso estimulamos a seus familiares a levar um estilo de vida que lhes permitam conscientizar o risco de padecer hipertensão e/ou diabetes ou sua detecção oportuna, também nos permitirá estimular hábitos saudáveis não só no plano individual, mas também coletivo, também daremos aos usuários o benefício de uma atenção médica integral de melhor qualidade com o apoio de toda a equipe de saúde do PSF.

Tendo em conta os problemas de saúde que afetam a qualidade de vida dos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, é importante fazer ações para o controle do peso corporal, de estímulo à prática regular da atividade física, que orientem sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e do fumo, sobre a redução do consumo de sal e gorduras. Também há necessidade de incentivar os cuidados bucais e as mudanças de estilo de vida. Esperamos com este projeto desenvolver o autocuidado, contribuir na melhoria da qualidade de vida e reduzir a morbimortalidade e complicações causada por essas patologias.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da Unidade Básica de Saúde Estratégia de Saúde da Família II (Cohab II e Porto) do município de Santa Vitória do Palmar/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

1. Ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos.
2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.
3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.
6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas

Relativas ao Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relativas ao Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Metas 2.1 e 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Meta 2.3 e 2.4: Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5 e 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7 e 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Relativas ao Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1 e 3.2: Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Relativas ao Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 e 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1 e 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1 e 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Meta 6.3 e 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 6.5 e 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 6.7 e 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 3 meses na Unidade de Saúde com Estratégia de Saúde da Família II (ESF II) (Cohab II e Porto), no Município de Santa Vitória do Palmar/RS. Participarão na intervenção os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na área de abrangência maiores de 20 anos de idade ficando esclarecidas as delimitações temporárias, espaciais e de pessoa da intervenção.

Para a obtenção da informação serão utilizados os registros disponíveis na unidade como prontuário clínico de cada usuário, a carteirinha dos usuários portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, as fichas espelhos de cada usuário. Logo os dados são armazenados na planilha de coleta de dados (material disponibilizado no curso de Especialização em Medicina Familiar) e processados eletronicamente.

Nossa investigação cumprirá com os seguintes princípios éticos:

- O respeito às pessoas: Sua autonomia, respeito a sua autodeterminação e amparo e consentimento informado.
- O princípio de beneficência: Maximizar o benefício e minimizar os danos.
- Não maleficência: Não fazer danos.
- Justiça: Pois as pessoas objeto de estudo serão tratadas de forma semelhante.

Também tendermos em conta a regra ou disciplina grupal, com a finalidade de manter uma melhor harmonia durante o desenvolvimento da atividade; respeito dos horários e datas de encontros planejados; assistência, pontualidade e disciplina do grupo e o facilitador, cumprimento dos objetivos propostos; disciplina e respeito mútuo durante as distintas atividades a realizar-se durante o período da intervenção, para que desta maneira a atividade fora frutífera.

2.3.1 Detalhamento das ações

Relativas ao Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1 e 1.2: Cadastrar 85% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: A médica e a enfermeira registrarão todos os hipertensos e diabéticos cadastrados no programa no registro específico. Para organizar e monitorar o registro específico do programa, a médica e a enfermeira revisarão os prontuários clínicos dos usuários cadastrados com HAS e DM, com periodicidade semanal, e transcreverão todas as informações disponíveis nos prontuários clínicos e odontológicos para a ficha espelho. Será solicitada impressão destas fichas espelho na secretaria de saúde, antes de começar a intervenção, em um número de 400 aproximadamente, para garantir o registro de todos os usuários.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados serão registrados pela médica e enfermeira no registro específico ou ficha espelho para seu melhor controle. Se fosse necessário a técnica de enfermagem e as agentes comunitárias também participarão no preenchimento das fichas espelhos.

Ação: Melhorar o acolhimento para os portadores de HAS e DM.

Detalhamento: No acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos ficarão envolvidos todos os membros da equipe, principalmente a recepcionista, a enfermeira e a técnica de enfermagem, que serão os que começarão o acolhimento desde que o usuário chega à unidade até que a consulta de acompanhamento seja realizada, com o objetivo de que o usuário fique satisfeito.

Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento: Na unidade existem materiais disponíveis mas acreditamos necessário solicitar materiais novos para garantir a tomada de pressão arterial aos usuários em caso que algum material existente fique estragado, como o esfigmomanômetro e estetoscópio. Isto será realizado pela enfermeira que solicitará

aos gestores de saúde dois esfigmomanômetro e dois estetoscópios, um para cada unidade.

Ação: Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: Na unidade existem materiais disponíveis mas acreditamos necessário solicitar materiais novos para garantir a realização da glicemia capilar aos usuários em caso algum material existente estrague, por exemplo monitor de glicemia. A enfermeira solicitará estes materiais ao gestor municipal. Nos pedidos mensais serão aumentadas as quantidades de fitas testes para dois frascos mensais em cada unidade.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: Para garantir a participação da comunidade e os usuários no Programa, a equipe deve informar sobre sua existência e funcionalidade. Isto pode ser feito informando diretamente aos usuários na mesma unidade ou na comunidade nas visitas domiciliares

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Detalhamento: A equipe deve informar à comunidade sobre importância de medir pressão arterial a partir dos 18 anos. Informação que pode ser realizada de forma individual ou coletiva, na unidade ou nas visitas domiciliares, na mesma comunidade por qualquer membro da equipe.

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: A equipe orientará a comunidade sobre a importância de se realizar exames (hemoglicoteste) se a pressão arterial é maior que 135/80 mmHg. As orientações serão brindadas na unidade ou nas visitas domiciliares pela equipe, principalmente as agentes comunitárias, médica, técnica de enfermagem e enfermeira.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: A equipe deve informar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM como tabagismo, alcoolismo, obesidade,

sedentarismo, idade, história familiar, etc. Isto será feito em todo momento do contato com o usuário tanto na unidade nas consultas e nos dias dos grupos assim como nas visitas domiciliares.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da Unidade de Saúde.

Detalhamento: A médica e a enfermeira capacitarão as Agentes Comunitárias de Saúde no cadastro dos usuários hipertensos e diabéticos da unidade nas primeiras semanas da intervenção, depois da reunião de equipe. Um encontro será suficiente para a capacitação sobre como fazer o cadastro dos usuários hipertensos.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: A médica e a enfermeira capacitarão a equipe de saúde para verificação da pressão arterial do usuário hipertenso com exceção das agentes comunitárias. Para isto se realizará recordatório às técnicas de enfermagem sobre o uso do esfigmomanômetro de forma adequada e os parâmetros para ser cumpridos na verificação da pressão arterial dos usuários.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: A médica e a enfermeira capacitarão a equipe de saúde para a realização de hemoglicoteste ou glicemia capilar aos usuários que requeiram fazer este exame. Não serão incluídas as ACS. Se realizará recordatório às técnicas de enfermagem sobre o uso do monitor de glicemia, valores normais dos resultados e parâmetros para a realização do hemoglicoteste.

Relativas ao Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1 e 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O exame clínico dos usuários hipertensos e diabéticos, feitos pela médica e enfermeira ficará registrado no prontuário clínico. Semanalmente estes dados serão transcritos pela enfermeira para a ficha espelho disponível na unidade. A transcrição pode ser feita por outro membro da equipe se precisar.

Organização e gestão do serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos usuários hipertensos.

Detalhamento: Cada membro da equipe receberá orientações sobre suas atribuições específicas no exame clínico dos usuários hipertensos e diabéticos. A enfermeira, a médica, a técnica de enfermagem, as agentes comunitárias de saúde, conhecem suas atribuições com os usuários hipertensos de acordo com os Manuais de Atenção Básica para estes usuários (BRASIL,2013_a, BRASIL,2013_b). Por exemplo a técnica de enfermagem e a enfermeira realizarão acolhimento dos usuários assim como realização de medida da pressão arterial, peso, altura, cintura, realização de glicemia capilar, a médica realizará a consulta de atendimento clínico com anamnese, exame físico completo fazendo ênfase no aparelho cardiovascular e incluindo o exame dos pés dos usuários com Diabetes Mellitus, indicação de exames complementares e indicação de tratamento não farmacológico e farmacológico caso que precisem. As agentes comunitárias cadastrarão os usuários com hipertensão e diabetes e darão orientações específicas. A técnica de enfermagem, a enfermeira e a recepcionista realizarão agendamento das consultas.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento: A capacitação dos profissionais e todos os membros da equipe será a primeira ação a fazer. As responsáveis pelas capacitações são a médica e enfermeira. Será utilizado o Caderno de Atenção Básica, Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, Hipertensão Arterial (37) (BRASIL, 2013_a), Cadernos de Atenção Básica, Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças Crônicas Diabetes Mellitus (36) (BRASIL, 2013_b) elaborado pelo Ministério de Saúde, Brasília.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: As atualizações e capacitações serão feitas semanalmente, nas quartas feiras, depois da reunião da equipe, dedicando-lhe duas horas, a partir das 15:00 horas.

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Já foram solicitados os protocolos ao gestor municipal. A médica solicitou pessoalmente os Cadernos de Atenção Básica, Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças Crônicas Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus A médica solicitou pessoalmente os Cadernos de Atenção Básica, Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças Crônicas Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (BRASIL,2013_a, BRASIL,2013_b) ao gestor de saúde da Secretaria de Saúde do município no mês de dezembro. Já estão disponíveis nas unidades.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar aos usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Esta atividade será feita pela equipe na unidade ou pelas agentes comunitárias nas visitas domiciliares, orientando aos usuários sobre a importância da realização periódica do exame clínico para evitar as complicações da Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: Cada membro da equipe será capacitado para a realização do exame clínico ao usuário hipertenso e diabético, de acordo com suas atribuições. Estas capacitações serão feitas pela médica e enfermeira, com uma frequência semanal, todas as quartas feiras da semana.

Meta 2.3 e 2.4: Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento: Os resultados dos exames laboratoriais dos usuários hipertensos e diabéticos ficarão registrados nos prontuários clínicos nas consultas de acompanhamento. O número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais indicados e realizados serão registrados no registro específico ou ficha espelho disponível na unidade. Isto será feito pela médica nas consultas de

acompanhamento e semanalmente, nas reuniões, a enfermeira verificará a existência de usuários pendentes para realizar os exames.

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: O número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada pelos protocolos (BRASIL,2013_a, BRASIL,2013_b) serão registrados nas consultas de acompanhamento pela médica no prontuário clínico e na ficha espelho de cada usuário para facilitar a identificação dos usuários com exames pendentes.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: A médica e a enfermeira devem indicar exames complementares para todos os usuários hipertensos e diabéticos avaliados nas consultas.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: A médica ou enfermeira farão contato com os gestores de saúde do município para fazer a gestão de melhorar o tempo de realização dos exames no laboratório e entrega de resultados dos mesmos.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares preconizados.

Detalhamento: O sistema de alerta será estabelecido diretamente com as agentes comunitárias sendo que os usuários identificados pela enfermeira, previa revisão da planilha espelho, com exames pendentes, serão visitados e avisados sobre a importância de fazer os exames e levar os resultados a médica a consulta de acompanhamento.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: A equipe de saúde orientará a população e principalmente aos usuários hipertensos e diabéticos sobre a importância da realização dos exames laboratoriais ou outros indicados pelo médico de acordo com os protocolos de Atenção Básica para os usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (BRASIL,2013_a, BRASIL,2013_b).

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: A equipe de saúde orientará a população sobre a importância de realizar os exames complementares com a periodicidade estabelecida pelos protocolos (BRASIL,2013_a, BRASIL,2013_b).

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: A equipe será capacitada para orientar à população quanto a importância de se realizar os exames assim como a periodicidade dos mesmos nos espaços escolhidos para as capacitações, com frequência semanal.

Meta 2.5 e 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Na unidade não existe farmácia para garantir o tratamento para HAS e/ou DM. O monitoramento ao acesso aos medicamentos dos portadores de hipertensão arterial e Diabetes Mellitus é muito difícil porque os usuários buscam seus medicamentos em diferentes lugares longe da unidade: na Farmácia da Clínica Central, na Farmácia Popular do Município e em outras farmácias que tem convênio com a Farmácia Popular e fornecem alguns medicamentos disponíveis aos portadores de HAS e DM.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: Esta ação não será realizada por não ter farmácia nas unidades.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Detalhamento: A médica e a enfermeira registrarão as necessidades de medicamentos dos usuários com HAS e DM, mas na unidade não existe farmácia para fornecer os medicamentos para estes usuários. Com certeza quando a nova unidade fique construída nos próximos meses estas ações serão cumpridas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os hipertensos e diabéticos e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: A equipe de saúde será capacitada para orientar aos usuários sobre seus direitos ao acesso às farmácias populares no município (não existe farmácia na unidade) e suas alternativas, assim como informações importantes para acessar a farmácias, por exemplo, localização, horários, medicamentos disponíveis, etc.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.

Detalhamento: A atualização do profissional médico é realizada semanalmente no estudo da Prática Clínica na mesma especialização. Os demais membros da equipe serão capacitados semanalmente depois da reunião da equipe.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: A equipe de saúde será capacitada para orientar aos usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos das diferentes Farmácias Popular/Hiperdia.

Meta 2.7 e 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: A médica e a enfermeira realizarão avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos nas consultas de acompanhamento e registrarão os usuários que tenham necessidade de atendimento odontológico no prontuário clínico e na ficha espelho. Isto será monitorado com uma frequência semanal com a revisão da planilha espelho para identificar hipertensos pendentes de realizar avaliação odontológica.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Os usuários hipertensos e diabéticos identificados com necessidade de atenção odontológica serão avaliados pela odontóloga no mesmo dia da consulta de acompanhamento. Se precisarem retorno a consulta será agendada.

Ação: Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Já foi acordado com odontóloga para realização de consultas aos usuários hipertensos e diabéticos com necessidade de atenção odontológica.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: A equipe de saúde dará orientações à população sobre saúde bucal no âmbito da unidade nas consultas, nas atividades de grupos ou na comunidade nas visitas domiciliares.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: A equipe de saúde receberá capacitação pela parte da enfermeira e médica para identificação de necessidades de atenção odontológica todas as quartas feiras após a reunião da equipe.

Relativas ao Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1 e 3.2: Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: A médica e a enfermeira monitorarão o cumprimento da periodicidade das consultas dos hipertensos e diabéticos com uma frequência semanal para identificar usuários faltosos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: As agentes comunitárias, dentro de seu trabalho diário de realizar visitas domiciliares, farão busca ativa dos hipertensos e diabéticos identificados com consultas de acompanhamento pendente.

Ação: Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: As consultas dos usuários faltosos ficarão agendadas (dois por dia), dando prioridade aos idosos e com recorrência clínica. Esta ação será feita pela técnica de enfermagem, enfermeira e recepcionista. As consultas serão em horário flexível todos os dias da semana no horário da manhã.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: A equipe de saúde informará aos usuários portadores de HAS e DM sobre a importância das consultas e sua periodicidade. Isto será feito de forma individual nas consultas de acompanhamento ou nas atividades de grupo, também as orientações serão dadas na comunidade nas visitas domiciliares.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento: Se algum membro da comunidade tem alguma estratégia para melhorar a assistência dos usuários hipertensos às consultas será escutado, e estudaremos a possibilidade de sua execução.

Ação: Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: A médica e a enfermeira esclarecerão aos hipertensos e diabéticos sobre a periodicidade das consultas de acordo com os protocolos de saúde em cada consulta de acompanhamento

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: A médica e a enfermeira realizarão capacitações às ACS para dar orientações aos usuários com HAS e DM sobre importância das consultas e o cumprimento de sua periodicidade de acordo com o sugerido nos protocolos (BRASIL,2013_a, BRASIL,2013_b) nos dias escolhidos para as capacitações (todas as quartas na tarde).

Relativas ao Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 e 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: A médica e a enfermeira realizarão monitoramento da qualidade dos registros (prontuário clínico e ficha espelho) dos usuários hipertensos e diabéticos semanalmente e informarão os problemas nas reuniões da equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: Todos os membros da equipe conhecem suas responsabilidades sobre o preenchimento correto das informações. Atualmente está funcionando da seguinte forma: A médica informa os dados de usuários consultados por faixa etária, o tipo de atendimento e as doenças específicas, os procedimentos e as solicitações médicas de exames complementares, os encaminhamentos, as notificações, as visitas domiciliares, etc. serão refletidos na Ficha D do SIAB diariamente. Os demais membros da equipe realizarão o mesmo, cada um dentro de suas atribuições. O enfermeiro coordenador fará um resumo mensal o qual será enviado para a Secretaria de Saúde.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: Nas consultas de acompanhamento a médica registrará os dados clínicos nas fichas ou prontuários clínicos que cada usuário deve ter.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Coordenar com a equipe o registro correto das informações principalmente o preenchimento da ficha espelho pela parte da enfermagem e os prontuários clínicos pela parte da médica. Além disso a técnica de enfermagem deve preencher a carteira dos usuários hipertensos corretamente. Se fosse necessário os outros membros da equipe ajudarão no preenchimento da ficha espelho tendo como guia o refletido nos prontuários clínicos pela médica.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: A responsável pelo monitoramento semanal dos registros será a enfermeira e como segunda responsável em caso de que a enfermeira não esteja será a médica.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, à não realização de estratificação de risco, à não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Todos os dados dos usuários hipertensos e diabéticos serão registrados nas fichas espelho disponíveis na unidade para cada usuário. Esta planilha ou ficha espelho vai coletar informações necessárias como identificação do usuário, data do acompanhamento, se é hipertenso ou diabético (preencher sim ou não), verificar a cada consulta (peso, altura, cintura, pressão arterial, glicemia capilar pós prandial ou em jejum), intercorrências desde a última consulta, referidas pelo usuário (angina, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), pé diabético, doença renal, retinopatia, ausência de complicações), tratamento para a HAS e/ou DM (hidroclorotiazida, captopril, glibenclamida, metformina, insulina, outro medicamento), exames (Hemoglobina glicosilada, creatinina sérica, colesterol, triglicerídeos, Exame Comum de Urina, outros). Isto facilitaria a identificação de hipertensos e diabéticos faltosos, com exames laboratoriais pendentes, estratificação do risco pendentes, necessidade de atendimento odontológico, presença de intercorrências, etc.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: A equipe de saúde orientará os hipertensos e diabéticos sobre seus direitos quanto à manutenção de seus registros na própria unidade no momento das consultas ou participação nas atividades do grupo de Hiperdia ou na comunidade nas visitas domiciliares.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e diabético.

Detalhamento: A equipe receberá capacitação sobre o preenchimento dos registros que serão utilizados no acompanhamento dos hipertensos e diabéticos

pela médica e enfermeira nos dias escolhidos para as capacitações (todas as quartas na tarde).

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: A médica, a enfermeira e a técnica de enfermagem receberão capacitação sobre o preenchimento correto dos procedimentos clínicos nas consultas de acompanhamento cada um de acordo com suas atribuições. Especificamente a médica recebe capacitação direita do curso da especialização em medicina da família além da capacitação individual através do estudo da prática clínica nos protocolos de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos (BRASIL,2013_a, BRASIL,2013_b), logo a médica realizará capacitação à enfermeira e a técnica de enfermagem, nos dias escolhidos para a capacitação (quarta de tarde após a reunião das equipes), orientando também a revisão individual dos protocolos disponíveis na unidade e tirando dúvidas se necessário.

Relativas ao Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1 e 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: A médica e a enfermeira realizarão estratificação do risco a 100% dos hipertensos e diabéticos seguindo o teste de Framingham, com frequência anual. Isto ficará registrado nos prontuários clínicos e na ficha espelho. Será monitorado semanalmente pela médica e a enfermeira e será discutido nas reuniões da equipe para identificação de usuários cujo teste pendente deve ser feito.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Detalhamento: Os usuários hipertensos e diabéticos avaliados como alto risco pelo teste de Framingham serão priorizados nos agendamentos das consultas de acompanhamento assim como os usuários idosos.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Serão agendados dois usuários diários para consultas de acompanhamento dando prioridade aos hipertensos e diabéticos avaliados como alto risco cardiovascular.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento: Após realizado a avaliação (realização do teste de Framingham) a médica ou a enfermeira informarão aos usuários hipertensos e diabéticos sobre seu nível de risco assim com a importância de cumprir a periodicidade das consultas de acompanhamento e cumprir o tratamento ambulatorial não farmacológico e farmacológico.

Ação: Esclarecer os usuários hipertensos e diabéticos e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação por exemplo, entre outros).

Detalhamento: A equipe de saúde explicará aos usuários hipertensos e diabéticos e a comunidade quanto a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação, sedentarismo, obesidade, tabagismo, etc.) para evitar complicações derivadas dos mesmos. Isto se realizará em cada momento de contato com o usuário.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco seguindo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Detalhamento: A médica e a enfermeira realizarão a avaliação do risco cardiovascular, para isto, receberão capacitação seguindo os protocolos de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos (BRASIL,2013_a, BRASIL,2013_b).

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: A equipe receberá capacitação sobre o registro da avaliação dos fatores de risco cardiovascular. A médica e enfermeira serão responsáveis disto todas as quartas feiras após as reuniões da equipe, utilizando 2 horas para a capacitação. Serão registrados na ficha espelho de acordo com os resultados do nível de risco em: Risco Cardiovascular Baixo, Risco Cardiovascular Médio ou Risco Cardiovascular Alto.

Ação: Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis

Detalhamento: A equipe, incluindo as ACS, receberão capacitações sobre fatores de risco principalmente os modificáveis, para dar orientações aos usuários tanto na unidade como nas visitas domiciliares na comunidade os dias escolhidos para ditas capacitações. As responsáveis serão a médica e enfermeira.

Relativas ao Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1 e 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: A realização de orientação nutricional aos usuários hipertensos e diabéticos será monitorada pela médica e a enfermeira semanalmente através da revisão da ficha espelho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: Estas atividades se realizarão nos dias do grupo de Hiperdia uma vez por mês na unidade com a participação da equipe de saúde completa.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: Nossa unidade conta com uma nutricionista que faz consultas duas vezes por semana na unidade. Só devemos coordenar o dia para que a nutricionista realize atividades e ofereça orientações aos usuários hipertensos e diabéticos sobre alimentação saudável que geralmente será o mesmo dia do Grupo de Hiperdia.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: A equipe orientará aos usuários hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável tanto na unidade nas consultas de acompanhamento, como na comunidade nas visitas domiciliares.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Detalhamento: A equipe receberá capacitação sobre práticas de alimentação saudável nos usuários hipertensos e diabéticos seguindo os protocolos pela parte da médica e enfermeira e com ajuda da nutricionista da unidade.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: A médica e a enfermeira capacitarão a equipe de saúde sobre metodologias de educação em saúde. A médica e enfermeira serão responsáveis disto todas as quartas feiras após as reuniões da equipe, utilizando duas horas para a capacitação.

Meta 6.3 e 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: A médica e a enfermeira monitorarão semanalmente a realização de orientações para atividade física regular aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Esta atividade será registrada na ficha espelho dos usuários.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: Estas atividades se realizarão nos dias do grupo de Hiperdia uma vez por mês na unidade com a participação da equipe de saúde completa.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Em nossa unidade contamos com o trabalho de uma fisioterapeuta que faz consulta uma vez por semana e de um educador físico que realiza o grupo de caminhadas uma vez por semana. Devemos coordenar para que realizem orientações aos usuários hipertensos e diabéticos quanto à importância da prática de atividade física regular.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar hipertensos e diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: A equipe deve fornecer orientações aos usuários hipertensos e diabéticos sobre a importância da prática de atividade física regular. Isto pode se

realizar na unidade nas consultas de acompanhamento, nos dias das atividades do grupo de Hipertensão ou na comunidade nas visitas domiciliares.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Detalhamento: A médica e a enfermeira, ajudadas pelos educadores físicos, capacitarão aos demais membros da equipe sobre a importância da prática de atividade física regular nos usuários hipertensos e diabéticos. A ação de capacitação da equipe para a promoção da prática de atividade física nos usuários hipertensos e diabéticos será feita nos dias escolhidos para as capacitações (quartas na tarde) sendo utilizados para a mesma o Manual de Atenção Básica para os usuários hipertensos e diabéticos (BRASIL,2013_a, BRASIL,2013_b) disponíveis nas unidades ou outro material que possa oferecer o educador físico.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: A médica e a enfermeira capacitarão a equipe de saúde sobre metodologias de educação em saúde. A médica e enfermeira serão as responsáveis. A capacitação acontecerá às quartas feiras após as reuniões da equipe, utilizando duas horas para a capacitação.

Meta 6.5 e 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: A médica e a enfermeira realizarão monitoramento da realização de orientações sobre riscos do tabagismo nos usuários hipertensos e diabéticos. Estes dados ficarão registrados na ficha espelho de cada usuário.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: A médica ou enfermeira realizarão solicitação ao gestor municipal quanto à compra dos medicamentos para abandono ao tabagismo, o qual será indicado aos usuários hipertensos e diabéticos tabagistas nas consultas de acompanhamento.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Após a garantia do tratamento para abandono ao tabagismo, os usuários hipertensos e diabéticos tabagistas serão informados da existência do mesmo pela enfermeira e a médica.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento: A médica e a enfermeira capacitarão a equipe sobre o tratamento de usuários tabagistas e as orientações sobre importância de evitar hábitos tóxicos.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: A médica e a enfermeira capacitarão a equipe de saúde sobre metodologias de educação em saúde. A médica e enfermeira serão responsáveis, a atividade ocorrerá todas as quartas feiras após as reuniões da equipe, utilizando duas horas para a capacitação.

Meta 6.7 e 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: A médica e a enfermeira realizarão monitoramento semanal, revisando os prontuários clínicos e as fichas espelhos dos usuários, sobre a realização de orientações sobre higiene bucal nos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: A redução do tempo médio das consultas odontológicas é muito difícil já que tem que cumprir com a programação de usuários agendados. Devemos coordenar com a odontóloga a possibilidade de organizar o tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: A equipe orientará aos usuários hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal tanto na unidade como na comunidade, de forma individual como coletiva.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: A médica e a enfermeira capacitarão a equipe de saúde para oferecer orientações de higiene bucal os dias escolhidos para as capacitações, todas as quartas feiras após as reuniões da equipe, utilizando duas horas para isto.

2.3.2 Indicadores

Os Indicadores são proporções que indicam a evolução de uma determinada situação e permitem a comparação com cada meta, pelo tanto, em nossa intervenção, teremos que ter em conta os seguintes indicadores de acordo com as metas propostas:

Meta 1.1 Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde

Meta 1.2 Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde. Estimativa

Meta 2.1 e 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Meta 2.3 e 2.4 Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exames complementares em dia

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exames complementares em dia

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Meta 2.5 e 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7 e 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 3.1 e 3.2 Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa:

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa:

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas

Meta 4.1 e 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.1 e 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Meta 6.1 e 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3 e 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5 e 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7 e 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3. Logística

Temos definido o foco de nossa intervenção na unidade de saúde, sua justificativa, os objetivos e metas, as ações a serem realizadas e o detalhamento de cada uma delas. É importante definir a logística da intervenção que é o detalhamento de como a intervenção será realizada na prática e o que garante o êxito da mesma. Para isto precisamos estruturar a intervenção mediante a análise do Protocolo ou Manual Técnico, Registro Específico e o Monitoramento regular das ações.

Para garantir o processo de monitoramento e avaliação regular da intervenção, a médica e a enfermeira farão contato com o gestor municipal para informar sobre a realização do projeto de intervenção na unidade, seu objetivo e sua importância, para garantir a quantidade necessária de fichas, planilhas de registro ou fichas espelho e as cadernetas de Hipertensos e Diabéticos necessárias para a intervenção (aproximadamente 400 de cada uma delas), de acordo com as estimativas das ações programáticas.

De acordo com estas estimativas, eu devo ter na área de abrangência 385 hipertensos e 110 diabéticos, sendo que temos cadastrados 273 hipertensos e 66 diabéticos, o que nos dá uma cobertura de 71% e 60% respectivamente. Do total de hipertensos cadastrados são atendidos 206 na UBS, os demais recebem atendimento em outras consultas como Canal-Dent e UNIMED, mas são avaliados nas visitas domiciliares pela agente comunitária e da enfermeira e pela médica quando necessitam. Também do total de diabéticos cadastrados, 46 são atendidos na unidade, o que demonstra que temos que continuar com a busca ativa dos diabéticos e hipertensos na área de abrangência mediante a divulgação do

funcionamento do Programa de Atenção ao usuário com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e nas visitas domiciliares.

Propomos nesta intervenção ampliar a cobertura de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos para 85%, sendo difícil uma cobertura maior já que temos a equipe de saúde incompleta.

Os cadastros serão realizados pela médica e enfermeira, na unidade, e pelas agentes comunitárias nas visitas domiciliares, e atuando sobre os usuários com fatores de risco. Mas, para que o trabalho obtenha bons resultados, a equipe de saúde tem que estar completamente envolvida assumindo todas as responsabilidades individuais e coletivas segundo suas atribuições.

Monitoramento e avaliação

Logística

Para realizar a intervenção com o foco sobre o programa de Hipertensão e Diabetes, os protocolos que serão adotados são: Caderno de Atenção Básica, estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, Diabetes Mellitus – 36 (BRASIL,2013_b) e o Caderno de Atenção Básica, estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, Hipertensão Arterial - 37 (BRASIL,2013_a), ambos elaborados pelo Ministério da Saúde. Na unidade não existem estes protocolos, os mesmos já foram solicitados à Secretaria de Saúde para as duas unidades.

A médica e a enfermeira registrarão todos os usuários cadastrados no programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde, os quais ficarão na ficha espelho disponível na unidade para garantir o registro e o monitoramento. Os dados de atenção aos usuários ficarão registrados no prontuário clínico, na carteira de Hipertensão e Diabetes e na ficha de atendimento odontológico em cada consulta de acompanhamento dos usuários, e que todos eles devem ter. Nos prontuários clínicos registraremos a anamnese do usuário, exame clínico completo de acordo com os protocolos, incluindo avaliação nutricional (peso, altura, cintura e Índice de massa muscular (IMC), exames complementares, diagnóstico da doença, avaliação de risco cardiovascular, prescrição de medicamentos da farmácia popular, orientação de promoção à saúde (atividade física, tabagismo, álcool, alimentação saudável e higiene bucal). Os dados disponíveis nos prontuários e carteiras dos usuários serão transcritos para o registro específico ou ficha espelho disponíveis na unidade os quais serão solicitadas pela enfermeira ao gestor municipal, em número de 400 aproximadamente. Esta ficha

espelho vai coletar informações necessárias, tais como, identificação do usuário, data do acompanhamento, se é hipertenso ou diabético (preencher com sim ou não). Em cada consulta verificar peso, altura, cintura, pressão arterial, glicemia capilar pós prandial ou em jejum (temos todos os materiais necessários), intercorrências desde a última consulta, referidas pelo usuário como por exemplo angina, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), pé diabético, doença renal, retinopatia ou ausência de complicações, tratamento para HAS e/ou DM (hidroclorotiazida, captopril, glibenclamida, metformina, insulina, outro medicamento), exames, tais como hemoglobina glicosilada, creatinina sérica, colesterol, triglicerídeos, Exame Qualitativo de Urina (EQU), entre outros. Acrescentaremos outros dados como consultas em dia, promoção de saúde (orientação nutricional, orientação sobre atividade física regular, sobre risco de tabagismo e saúde bucal) atenção odontológica e vacinação dos usuários

Na unidade não existe farmácia, assim sendo, não podemos realizar controle de estoque nem da validade dos medicamentos, mas a médica e enfermeira registrarão os usuários com tratamento para HAS e/ou DM com medicamentos da Farmácia Popular para seu melhor controle. O controle ao acesso aos medicamentos é muito difícil porque os usuários buscam seus medicamentos em diferentes lugares, longe da unidade: na Farmácia da Clínica Central, na Farmácia Popular do município e em outras farmácias que tem convênio com a Farmácia Popular e fornecem alguns medicamentos disponíveis aos usuários portadores de HAS e DM. Este problema foi discutido com a equipe de saúde da unidade, e o enfermeiro coordenador sugeriu que podemos monitorar se o usuário buscou medicamento ou não mediante o comprovante que dão nas farmácias o qual será solicitado nas consultas de acompanhamento.

Para organizar e monitorar o registro específico do programa, a enfermeira revisará os prontuários clínicos dos usuários cadastrados com HAS e DM, com periodicidade semanal, e transcreverá todas as informações disponíveis nos prontuários clínicos e odontológicos para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas de acompanhamento e exames clínicos e laboratoriais em atraso, problemas com adesão ao tratamento, identificação do risco pendente, atendimento odontológico pendente. As agentes comunitárias de saúde devem fazer busca ativa destes usuários durante as visitas domiciliares, enviando-os às consultas. Estas visitas

domiciliares serão realizadas diariamente, agendando duas visitas por dia, priorizando idosos e recorrências agudas. Tudo isto será discutido na reunião da equipe semanalmente.

Organização e gestão do serviço

Logística

Para melhorar e garantir o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM toda a equipe ficara envolvida nesta ação, principalmente a técnica de enfermagem e enfermeira. Os usuários portadores de HAS e DM serão atendidos todos os dias da semana no horário na manhã, com duas consultas agendadas e com atendimento priorizado para os usuários idosos e as recorrências agudas. Ao sair da consulta ficará agendada a próxima consulta programada, de acordo com a classificação de risco, a qual é geralmente marcada a cada três meses. A demanda espontânea ficará com oito usuários diários. Esse mesmo dia receberão atendimento odontológico os usuários diabéticos e hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico (já coordenado com a odontóloga). Os responsáveis pelo acolhimento dos usuários são todos os membros da equipe. Nas visitas domiciliares diárias, as agentes comunitárias de saúde buscarão os usuários faltosos às consultas de acompanhamento, sendo os mesmos encaminhados à consulta através de agendamento e enviarão às consultas para sua recuperação, através das consultas agendadas. A médica e enfermeira também farão contato com gestores municipais para solicitar materiais novos, necessários e adequados para a avaliação dos usuários com Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus, tais como: dois esfigmomanômetro, dois estetoscópio, duas fitas métricas, um monitor de glicemia, para garantir os procedimentos em caso de algum material estragar, assim como solicitar aumento das fitas-teste para cada unidade para a realização do Hemoglicoteste em quantidade de mais um frasco ao mês.

Também para garantir agilidade na realização dos exames complementares dos usuários assim como a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". A médica e a enfermeira farão a gestão para que o gestor municipal garanta as necessidades de medicamentos dos portadores de HAS e DM na clínica central e na farmácia popular. Neste aspecto os recursos disponíveis e a governabilidade sobre a situação não dependem da equipe de saúde.

Cada membro da equipe será capacitado para realizar o exame clínico de acordo com suas atribuições, principalmente a médica, enfermeira e técnica de

enfermagem, de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde: Cadernos de Atenção Básica, estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (BRASIL,2013_a, BRASIL,2013_b), estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão arterial com a periodicidade para a atualização dos profissionais de forma semanal. Ficarão envolvidos na atividade de promoção em saúde sobre nutrição e atividade física a nutricionista e a fisioterapeuta, respectivamente. As atividades com o grupo de Hiperdia serão realizadas nas primeiras terça-feira na unidade de Cohab II e na segunda segunda feira do mês na unidade do Porto

Engajamento público

Logística

Para alcançar adequada adesão dos usuários portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus ao programa, a equipe de saúde deve informar à população sobre a existência e funcionalidade do mesmo. Isto será feito em cada momento do encontro com os usuários na unidade e na comunidade nas visitas domiciliares.

A equipe de saúde deve dar orientações aos usuários sobre a importância de aferir a pressão arterial em todos os usuários maiores de 18 anos, importância do rastreamento de DM nos usuários com pressão arterial maior a 130/80 e a importância das consultas de acordo com a programação feita pelo médico, a realização dos exames complementares e sua periodicidade pelo menos uma vez por ano e a realização periódica do exame clínico (a cada consulta) para evitar as complicações da hipertensão e diabetes. Também a população deve ser orientada sobre a importância da alimentação saudável, sobre a importância da prática de atividade física regular, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e sobre importância da saúde bucal. Estas orientações podem ser feitas no âmbito da unidade ou pelas agentes comunitárias de saúde na comunidade nas visitas domiciliares. A médica e a enfermeira solicitarão aos gestores municipais folders sobre as doenças disponíveis na Secretaria de Saúde, suficientes para serem distribuídos na comunidade e assim facilitar o nosso trabalho. Na UBS não existe conselho de Saúde, mas a equipe solicitará apoio da comunidade para esclarecer à população sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes e a importância do acompanhamento regular.

Qualificação da prática clínica

Logística

Estas capacitações da equipe serão realizadas na própria Unidade Básica de Saúde no horário tradicionalmente utilizado para a reunião de equipe, às quartas feiras durante o período da tarde, a partir das 15:00 horas, ficando responsabilizados por isto a médica e a enfermeira. Para isto serão utilizados os Cadernos de Atenção Básica, estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial do Ministério de Saúde (BRASIL,2013_a, BRASIL,2013_b). O uso dos manuais será a primeira capacitação a ser feita. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. A atualização do profissional médico no tratamento da Hipertensão e Diabetes e demais aspectos é realizada no estudo da prática clínica na mesma especialização em Medicina Familiar.

Os temas envolvidos nas capacitações serão: Cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, quando se considera uma pessoa hipertensa ou diabética? Técnica correta para a verificação da pressão arterial e glicemia capilar na unidade, uso do protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares. Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e a realização de exame clínico apropriado, alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, preenchimento adequado de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético, orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, realização e registro da estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvos, fatores de risco modificáveis e não modificáveis: estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, atividades de promoção em saúde.

2.3.4 Cronograma

Para continuar na elaboração do projeto de intervenção, devemos elaborar o cronograma e distribuir por semanas todos as ações e atividades que serão desenvolvidas ao longo dos três meses da intervenção que serão ao todo 12 semanas.

As atividades com o grupo de Hiperdia se realizarão mensalmente em cada unidade de forma individual (Cohab II e Porto). Semanalmente devemos comparar as atividades planejadas com as atividades executadas, o que possibilitará um melhor controle e a identificação de alguma atividade pendente para sua rápida recuperação.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Ao concluir com as 12 semanas da intervenção já podemos saber quais são as ações que foram cumpridas integralmente ou parcialmente e as que não foram cumpridas. Neste relatório vamos fazer um resumo de como foi realizada a intervenção e como realizamos as ações previstas e cumprimos os objetivos propostos segundo o cronograma estabelecido. Para dar cumprimento a tudo isto, nas primeiras semanas da intervenção organizamos a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pelo Ministério de Saúde existentes na Unidade de Saúde (BRASIL, 2013_a, BRASIL, 2013_b).

Estas capacitações foram feitas às quartas feiras durante o período da tarde, após a reunião das equipes, com duração de duas horas cada dia. A equipe completa recebeu capacitação, embora haviam temas específicos para a enfermeira, a técnica de enfermagem e as agentes comunitárias da saúde. Nas três primeiras semanas da intervenção organizamos e distribuimos os temas que foram dados, como por exemplo: uso do protocolo adotado nas Unidade de Saúde, cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência, técnica correta para a verificação da pressão arterial e realização de glicemia capilar na unidade, alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, preenchimento adequado de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e diabético (prontuário clínico, carteirinha dos usuários hipertensos e diabéticos, ficha espelho que todos os usuários devem ter), assim como registro dos procedimentos, orientação quanto à importância de realizar as consultas e realizar exames complementares em usuários hipertensos e diabéticos e sua periodicidade de acordo com os protocolos (BRASIL, 2013_a, BRASIL, 2013_b).

Após as 12 semanas da intervenção encontramos que a ampliação da cobertura de atendimento para os usuários com hipertensão arterial foi cumprida parcialmente, embora a cobertura de atendimento aos diabéticos foi cumprida e superada com a atenção à totalidade dos usuários. O exame clínico e a indicação dos exames complementares foram cumpridos totalmente, mas existem usuários com exames complementares pendentes para realizar e avaliar. Identificamos usuários faltosos às consultas e foi realizada a busca ativa para todos eles, pelo que

estas atividades foram cumpridas integralmente. A maioria dos usuários hipertensos e diabéticos tem prescrição de medicamentos disponíveis pelo SUS nas farmácias populares sendo que poucos apresentam indicação de outros medicamentos por apresentar doenças associadas a HAS e DM. A totalidade dos usuários foi avaliado para identificação da necessidade de atendimento odontológico ficando com a consulta agendada para consulta com a odontóloga, cumprindo esta atividade de forma integral. Todos os usuários receberam atenção e avaliação do risco cardiovascular e as atividades de promoção em saúde foram cumpridas na sua totalidade.

Quanto à identificação das dificuldades, durante a intervenção, na capacitação, as agentes comunitárias tinham dificuldade no momento do cadastro dos usuários, pois existia dificuldade quanto a considerar um usuário hipertenso ou diabético, mas a dúvida foi esclarecida com as capacitações. O cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos foi realizado pelas agentes comunitárias nas visitas domiciliares e pelo restante da equipe na Unidade de Saúde. Nas primeiras semanas a enfermeira também solicitou a impressão das fichas espelho necessárias para a intervenção e os protocolos: Cadernos de Atenção Básica, Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, todos do Ministério de Saúde (BRASIL, 2013_a, BRASIL, 2013_b), para cada uma das unidades, os quais foram impressos sem dificuldade, embora as fichas espelho foram impressas de 100 em 100.

Também orientamos os usuários quanto à existência do programa de Atenção Básica aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), importância de medir pressão arterial principalmente após 18 anos de idade, orientamos sobre fatores de risco destas doenças, principalmente os modificáveis e sobre a importância de atuar sobre eles para evitar complicações. Falamos quanto à importância da periodicidade das consultas de acompanhamento e realização dos exames laboratoriais. Prestamos orientações sobre promoção em saúde: alimentação saudável, prática de atividade física de forma regular, evitar os hábitos tóxicos principalmente o tabagismo, que são fatores de risco totalmente modificáveis para os usuários com HAS e DM, além de ser parte do tratamento não farmacológico. Neste aspecto não apresentamos dificuldade, sendo que muitos usuários entenderam sobre a importância de cumprir este tratamento para evitar complicações e descontrolar estas doenças, conseguindo o cumprimento da dieta

saudável, realização de caminhadas e diminuição de hábitos tóxicos em muitos deles.

Em todas as consultas foi verificado o cumprimento do tratamento farmacológico e foram feitas as prescrições e renovações de medicamentos quando necessário. Percebemos que alguns usuários não realizam tratamento com medicamentos disponíveis pelo SUS nas Farmácias Populares, mas isto é devido ao tratamento das doenças associadas a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, principalmente do tipo cardiovasculares e neurológicas. Uma dificuldade identificada desde o início foi a ausência de farmácia nas unidades, mas todo o usuário tem prescrição dos medicamentos nas farmácias populares. O município tem garantido os medicamentos para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus em quantidade suficiente.

Como parte do cumprimento do planejado no cronograma também foram realizadas as consultas de acompanhamento para os usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus cadastrados a cada semana. Nas 12 semanas da intervenção foram cadastrados e acompanhados 203 usuários hipertensos e 66 diabéticos, resultando em 74,3% e 100% de cobertura respectivamente. Para nossa intervenção propusemos ampliar a cobertura de atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus para 85%. Esta meta foi superada na atenção aos usuários com Diabetes Mellitus, pois atingimos 100%, embora a atenção aos usuários hipertensos ficou só em 74,3%. Isto pode se explicar porque nem todos os usuários da nossa área de abrangência consultam na UBS, alguns usuários utilizam outras redes de atenção de saúde como CANAL DENT, UNIMED, etc.

Outro fator que influenciou negativamente para não conseguir alcançar a meta proposta foi a diminuição do tempo da intervenção de 16 para 12 semanas. Para todos os usuários consultados foi realizado o exame clínico completo de forma adequada incluindo o exame bucal para identificação da necessidade de atendimento odontológico e o exame dos pés para os usuários diabéticos. Todos os usuários cadastrados e consultados receberam atenção por parte da enfermeira e técnica de enfermagem, as quais fizeram a aferição da pressão arterial, medição do peso, altura, cintura e realizaram glicemia capilar (em jejum ou pós prandial).

Os exames complementares foram indicados para todos os hipertensos e diabéticos consultados, mas existe a dificuldade que em nosso município os

laboratórios não são suficientes para a demanda de exames dos usuários, tornando o processo demorado, embora considerando os meses anteriores, esta situação tem melhorado. Realizamos também a estratificação do risco cardiovascular identificando os usuários com baixo, moderado ou alto risco, seguindo o teste de Framingham. Os usuários avaliados com alto risco tiveram atendimento prioritário.

Foram também realizadas as atividades com grupo de Hiperdia nas duas unidades, melhorando a participação dos usuários hipertensos e diabéticos, além da participação da equipe completa. Foram convidadas a nutricionista e a odontóloga para palestrar sobre a importância da alimentação saudável e da saúde bucal, assim como o atendimento odontológico para os usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Estas atividades foram realizadas sem dificuldade e aumentaram o grau de satisfação dos usuários, os quais encontraram as atividades muito educativas. As mesmas continuarão se realizando no horário da tarde em cada unidade de saúde.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas foram desenvolvidas apesar de que algumas ações foram cumpridas parcialmente. Os motivos foram explicados anteriormente.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Quanto às ações de monitoramento, as mesmas foram realizadas todas as quintas feiras no período da tarde após a reunião geral das equipes, pela enfermeira e pela médica quando a enfermeira não conseguia participar. Foram monitorados semanalmente o cadastramento dos hipertensos e diabéticos, o preenchimento adequado dos registros de cada usuário, a existência de usuários faltosos às consultas de acompanhamento ou com exames não indicados ou realizados de acordo com os protocolos existentes nas unidades (BRASIL, 2013_a, BRASIL, 2013_b) e se foi realizada a busca ativa, a realização das atividades de promoção em saúde e a orientações a comunidade. Foram identificados 33 usuários hipertensos e nove usuários diabéticos faltosos às consultas, mas para todos realizamos busca ativa.

A coleta de dados relativos à intervenção foi realizada de forma sistemática, principalmente o preenchimento dos prontuários clínicos dos usuários. Também realizamos o preenchimento da totalidade das fichas espelho, com a ajuda de toda a equipe. No fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores tivemos algumas dificuldades, mas com a ajuda da orientadora do curso de especialização os erros foram resolvidos.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A atenção aos grupos de hipertensos e diabéticos como programa de atenção está inserida dentro do atendimento aos usuários como parte da rotina diária do serviço na nossa Unidade de Saúde. Ficou demonstrado quando as atividades continuarão mesmo na minha ausência, além disso, os usuários hipertensos e diabéticos são atendidos igualmente, após terminada a etapa da intervenção. A unidade continuará com a mesma estratégia para atenção aos hipertensos e diabéticos, agendando três usuários diários e sem limite na demanda espontânea, dando prioridade de atendimento para os usuários com risco cardiovascular alto e idosos. Continuarão se realizando o exame clínico completo de forma adequada e indicando os exames complementares com a periodicidade que os protocolos existentes na unidade exige (BRASIL, 2013_a, BRASIL, 2013_b), além das orientações sobre os fatores de riscos cardiovasculares, principalmente os modificáveis e a realização das atividades com o grupo Hiperdia oferecendo promoção em saúde.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou sobre a melhoria da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos da Unidade Básica de Saúde Estratégia de Saúde da Família Cohab II e Porto e foi realizada para todos os usuários hipertensos e diabéticos da unidade. Em nossa área de abrangência temos 273 usuários com Hipertensão Arterial e 66 usuários com Diabetes Mellitus com 20 anos de idade ou mais.

Quando realizamos a avaliação dos resultados quanto ao cumprimento dos objetivos analisamos todas as metas e os indicadores.

Em relação ao objetivo 1: Ampliar a cobertura de atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1 Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

No primeiro mês foram cadastrados 60 usuários hipertensos (22%) e no segundo mês 125 (45,8%). Os diabéticos cadastrados no primeiro mês foram 18 (27,3%) e no segundo 42 (63,6%). Ao concluir as 12 semanas de intervenção, no terceiro mês, foram cadastrados e acompanhados 203 usuários hipertensos e 66 diabéticos, resultando em 74,3% e 100% de cobertura, respectivamente, o que é demonstrado nas figuras 1 e 2. A meta de cobertura foi superada na atenção aos usuários com Diabetes Mellitus, embora a atenção aos usuários hipertensos ficou só em 74,3%. Isto pode se explicar porque alguns usuários da nossa área se atendem em outras redes como CANAL DENT, UNIMED, etc.... e não consultam na nossa unidade de saúde. Outro fator que influenciou negativamente para não conseguir alcançar a meta proposta foi a diminuição do tempo da intervenção de 16 para 12

semanas. Destacamos que no tempo da intervenção conseguimos, com um reconhecido trabalho em equipe, que alguns usuários consultaram na unidade por primeira vez. O acolhimento dos usuários atendidos foi melhorado, conseguindo maior grau de satisfação da população.

Tanto na unidade como nas visitas domiciliares à comunidade, os usuários com hipertensão e diabetes foram informados sobre a existência e funcionalidade do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde e sobre a importância de medir a pressão arterial em todos os usuários com mais de 18 anos e principalmente com fatores de riscos associados. A equipe informou à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM como tabagismo, alcoolismo, obesidade, sedentarismo, idade, história familiar, etc. Nas primeiras semanas da intervenção a equipe foi capacitada para realizar o cadastramento adequado dos usuários hipertensos e diabéticos.

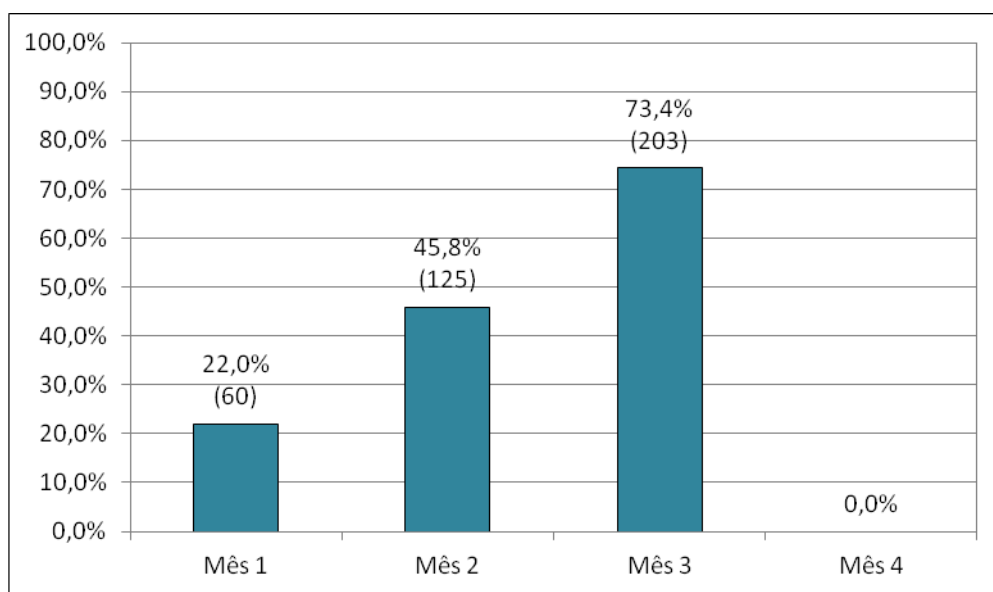


Figura 1 Gráfico: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde ESF II (Cohab II e Porto), Santa Vitória do Palmar/RS, 2015.

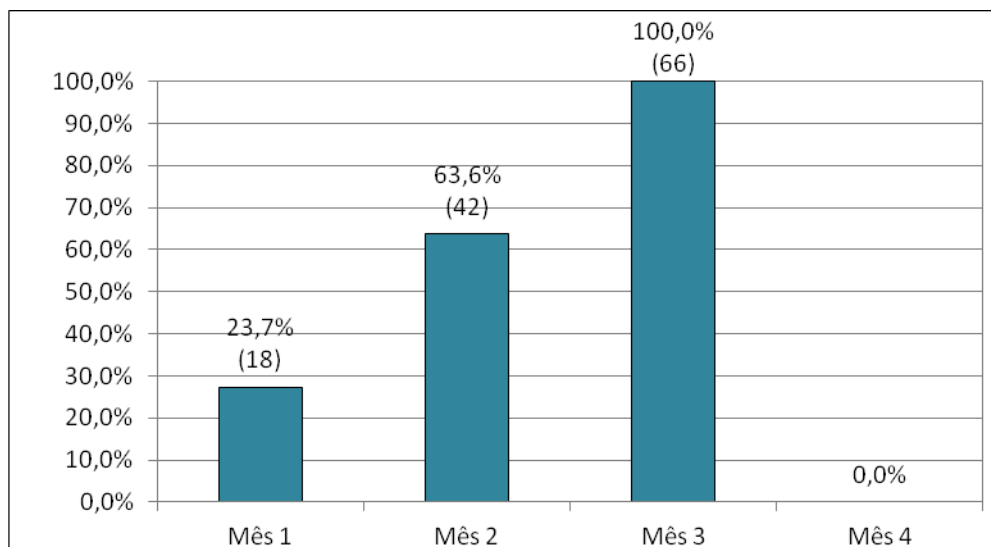


Figura 2 Gráfico: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde ESF II (Cohab II e Porto), Santa Vitória do Palmar/RS, 2015

Em relação ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1 e 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Apesar da meta de cobertura para os usuários hipertensos não ter sido alcançada, destacamos que para 100% dos usuários consultados foi realizado o exame clínico adequado, assim como para 100% dos usuários diabéticos no primeiro, segundo e terceiro mês da intervenção. Para todos os usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus, após o acolhimento, a técnica de enfermagem e a enfermeira realizaram aferição da pressão arterial, medição do peso, altura, cintura, além do hemoglicoteste para os usuários que necessitavam. Para realizar estes procedimentos, foram garantidos na unidade os materiais necessários (balanças, esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, monitor de glicemia) antes de começar a intervenção. Na consulta de atendimento os usuários também foram examinados corretamente incluindo o exame bucal, para identificar a necessidade de atendimento odontológico e o exame dos pés aos usuários com Diabetes Mellitus. A

equipe também foi capacitada para realizar exame clínico adequado aos usuários hipertensos e diabetes, de acordo com suas atribuições.

Meta 2.3 e 2.4 Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Antes da intervenção a taxa de exames complementares periódicos em dia, nos usuários hipertensos e diabéticos, encontrava-se em 74,7% (204) e 86% (47) respectivamente, evidenciando uma continuidade do atendimento que precisava ser melhorada. Como parte do atendimento clínico na intervenção, foram indicados os exames complementares para os usuários que necessitavam, seguindo os protocolos de atenção para os usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus adotados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013_b, BRASIL, 2013_a) na unidade de saúde. Como observamos nas figuras 3 e 4, no primeiro mês da intervenção 57 usuários hipertensos (95,0%) receberam indicação e realizaram os exames complementares, no segundo mês 109 (87,2%) e no terceiro mês 172 (84,7%). Em relação aos usuários diabéticos no primeiro mês 16 (88,9%) usuários realizaram os exames indicados de acordo com a periodicidade recomendada, no segundo mês 38 (90,5%) e no terceiro mês 56 (84,8%).

Os 31 (11,3%) usuários hipertensos e os 10 (15,1%) diabéticos com exames complementares pendentes, ao ser visitados para perguntar-lhes por que não fizeram os exames, explicaram que a marcação da data de realização dos mesmos por parte da Secretaria de Saúde estava muito demorada. Por outra parte, o gestor de saúde também explicou que os exames estavam demorando porque os laboratórios existentes no município não são suficientes para a demanda de exames dos usuários, além disso, o número de médicos no município aumentou no último ano, o que aumentou o número de solicitações. Embora a realização dos exames e a rapidez com que estão se realizando tenha melhorado em relação a anos anteriores, este é um aspecto que ainda necessita melhorar.

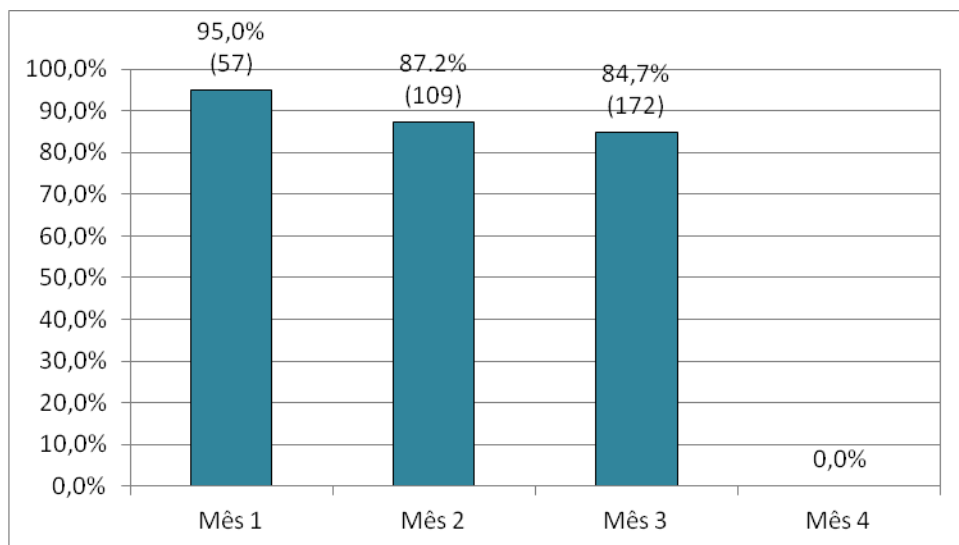


Figura 3. Gráfico: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde ESF II (Cohab II e Porto), Santa Vitória do Palmar/RS, 2015

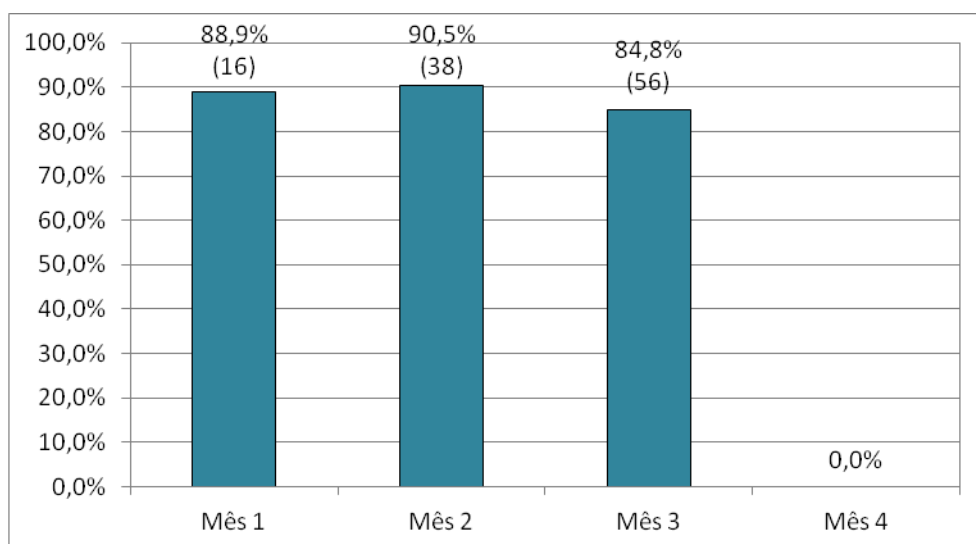


Figura 4. Gráfico: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde ESF II (Cohab II e Porto), Santa Vitória do Palmar/RS, 2015

Meta 2.5 e 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Nas figuras 5 e 6 podemos observar que no primeiro mês 58 (98,3%) usuários hipertensos tinham prescritos medicamentos da farmácia popular. No segundo mês 117 (95,9%) hipertensos receberam os medicamentos pelo SUS nas farmácias populares e no terceiro mês foram prescritos os medicamentos da farmácia popular para 187 (95,9%) hipertensos. Os usuários diabéticos, na sua maioria, têm prescrição de medicamentos da farmácia popular. No primeiro mês todos os usuários diabéticos consultados tinham prescrito medicamentos da farmácia popular, 18 usuários (100%), no segundo mês 40 (97,6%) diabéticos receberam medicamentos pelo SUS nas farmácias populares e no terceiro mês foram 63 usuários (98,4%).

Para alguns usuários hipertensos e diabéticos, além de receber os medicamentos nas farmácias populares, são prescritos outros medicamentos não disponíveis nas mesmas, mas isto é devido ao tratamento das doenças associadas à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, principalmente cardiovasculares e neurológicas. Também alguns usuários só realizam tratamento não farmacológico para sua doença. Além da indicação dos medicamentos do SUS, os usuários também são orientados sobre seus direitos de acesso às farmácias populares no município (não existe farmácia na unidade) e suas alternativas, assim como informações importantes para acessar as farmácias, por exemplo, localização, horários, medicamentos disponíveis, etc.

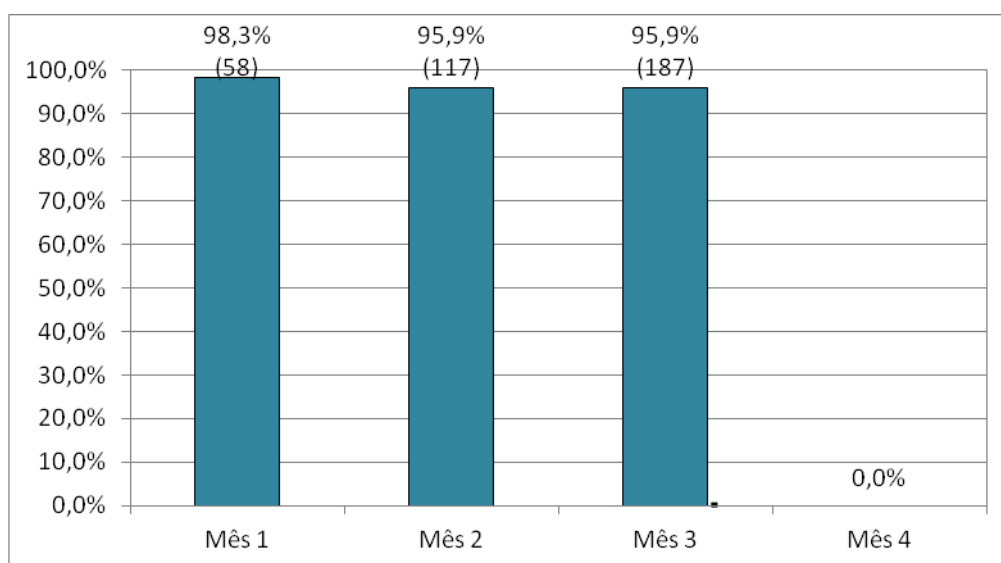


Figura 5. Gráfico: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na unidade de saúde ESF II (Cohab II e Porto), Santa Vitória do Palmar/RS, 2015.

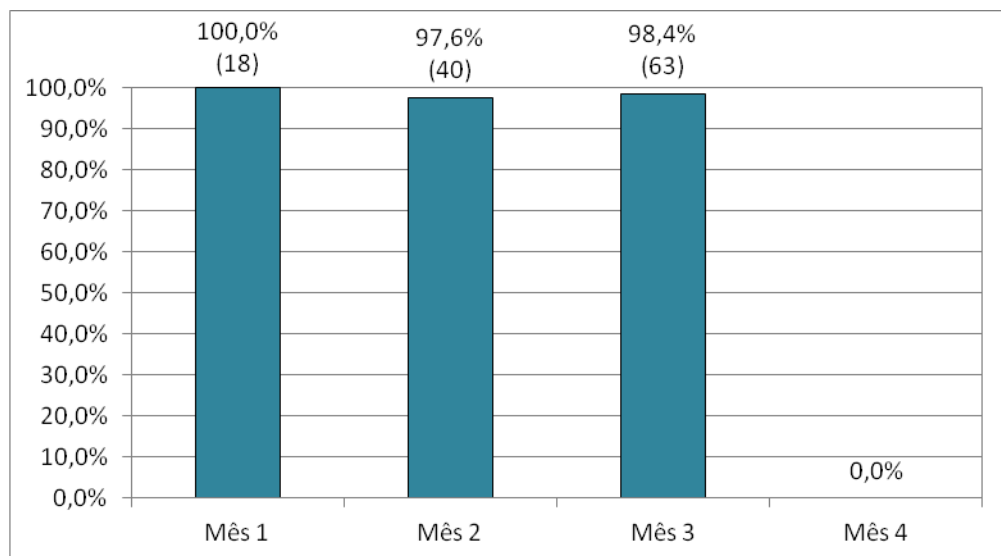


Figura 6. Gráfico: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na unidade de saúde ESF II (Cohab II e Porto), Santa Vitória do Palmar/RS, 2015.

Meta 2.7 e 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

No primeiro, segundo e terceiro mês da intervenção, a totalidade dos usuários (100%) com hipertensão arterial e diabetes mellitus foram avaliados, identificando os casos com necessidade de atendimento odontológico. No primeiro mês foram avaliados 60 (100%) hipertensos, no segundo mês 125 (100%) e no terceiro mês 203 (100%). Em relação aos usuários diabéticos, no primeiro mês foram avaliados 18 (100%) diabéticos, no segundo mês 42 (100%) e no terceiro mês 66 (100%). Após a avaliação odontológica foram agendadas as consultas para a odontóloga, melhorando assim consideravelmente este aspecto, já que antes da intervenção a avaliação de saúde bucal apresentava cobertura de 54% (148) nos hipertensos e de 62% (41) nos diabéticos. Os usuários foram avaliados pela médica, técnica de enfermagem e enfermeira, na unidade, os dias das consultas de acompanhamento e nos dias das atividades com o grupo de Hiperdia.

Em relação ao objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1 e 3.2 Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Analisando os três meses da intervenção encontramos que dos 66 hipertensos cadastrados no primeiro mês, quatro foram identificados como usuários faltosos às consultas, no segundo mês dos 125 usuários hipertensos cadastrados identificamos 17 com consultas pendentes e no terceiro mês foram identificados 33 usuários faltosos dos 203 hipertensos cadastrados, mas para o 100% deles foi realizada a busca ativa para alcançar a realização das consultas conforme a periodicidade recomendada. Para os usuários diabéticos, 100% consultam na unidade sem necessidade de realizar a busca ativa.

Para identificar os usuários faltosos às consultas revisamos o registro dos usuários cadastrados fazendo monitoramento dos mesmos com frequência semanal, depois as agentes comunitárias, dentro de seu trabalho diário de realizar visitas domiciliares, fizeram busca ativa dos hipertensos e diabéticos identificados com consultas de acompanhamento pendente. Além disso, a equipe de saúde recebeu capacitação e informou aos usuários portadores de HAS e DM sobre a importância das consultas e da sua periodicidade.

Referente ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1 e 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Como demonstra a figura 7, no primeiro mês da intervenção, 100% (60) dos usuários hipertensos tiveram preenchimento adequado das fichas de acompanhamento, no segundo mês, 123 (98,4%) dos 125 usuários atendidos apresentaram fichas de atendimento preenchidas adequadamente. No terceiro mês aconteceu o mesmo que no primeiro mês onde 100% (203) dos hipertensos avaliados tiveram preenchimento adequado das fichas de acompanhamento.

Analisando a figura 8 encontramos que com os usuários diabéticos foi similar. No primeiro mês 100% (18) dos usuários diabéticos apresentaram adequado preenchimento das fichas de acompanhamento. No segundo mês 41 (97,6%) dos 42 usuários diabéticos consultados apresentaram a ficha de acompanhamento sem dados pendentes e no terceiro mês os 66 diabéticos (100%) tiveram preenchimento adequado das fichas. No preenchimento inadequado das fichas de acompanhamento identificamos erros, como por exemplo, nome incompleto, idade errada, número do cartão do SUS, número do prontuário e data de nascimento pendentes.

A equipe completa recebeu capacitação sobre o preenchimento adequado dos registros, por isso apresentamos poucas dificuldades no preenchimento dos mesmos. Todos os dados gerais e clínicos dos usuários hipertensos e diabéticos foram registrados nos prontuários clínicos e nas fichas espelho disponíveis na unidade para cada usuário. Nesta ficha espelho coleta-se informações necessárias como identificação do usuário, data do acompanhamento, se é hipertenso ou diabético (preencher sim ou não), verificação a cada consulta de peso, altura, cintura, pressão arterial, glicemia capilar pós prandial ou em jejum, tratamento para a HAS e/ou DM (hidroclorotiazida, captopril, glibenclamida, metformina, insulina, outro medicamento), exames (hemoglobina glicosilada, creatinina sérica, colesterol, triglicerídeos, exame comum de urina, outros). Isto facilitou a identificação de hipertensos e diabéticos faltosos, com exames laboratoriais pendentes, estratificação dos riscos pendentes, necessidade de atendimento odontológico, etc.

Todas as terças-feiras, no período da tarde, a enfermeira, dentro de suas atividades de monitoramento, realizou revisão dos registros dos usuários, avaliando os prontuários clínicos, fichas espelho, fichas de atendimento, identificando dificuldades ou fornecendo orientações para que os problemas fossem resolvidos de forma imediata.

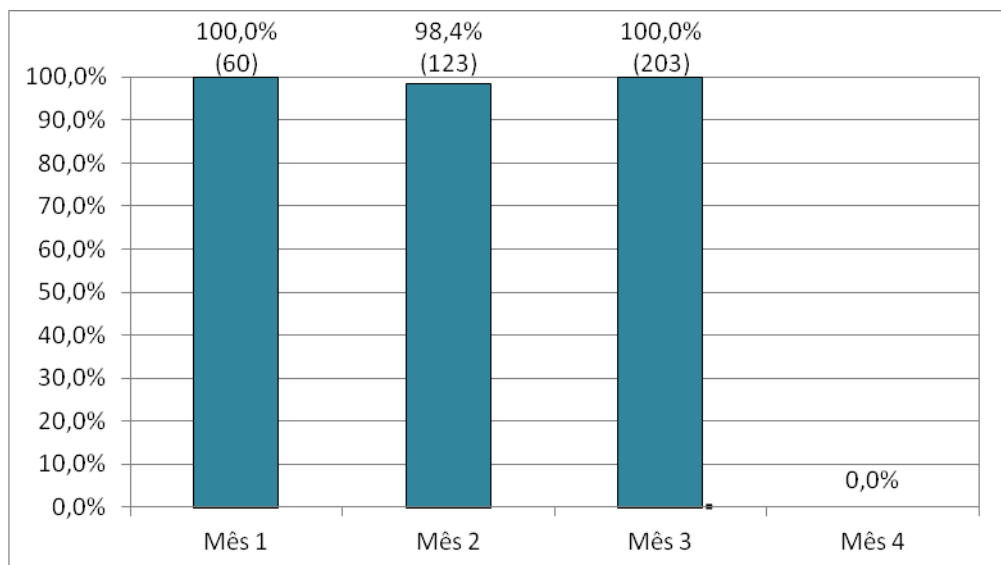


Figura 7. Gráfico: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde ESF II (Cohab II e Porto), Santa Vitória do Palmar/RS, 2015

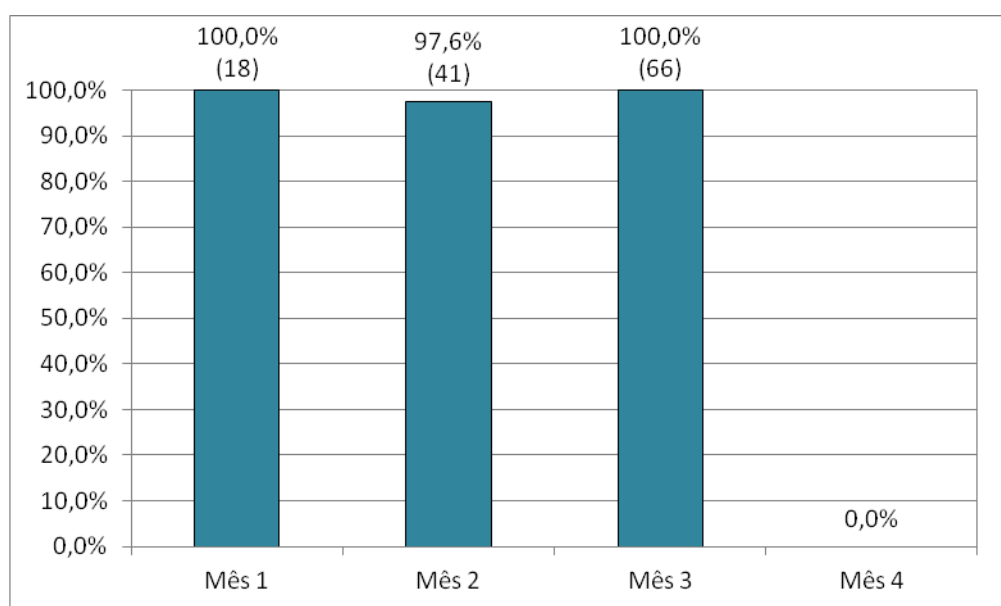


Figura 8. Gráfico: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde ESF II (Cohab II e Porto), Santa Vitória do Palmar/RS, 2015.

Em relação ao objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1 e 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Analisando os resultados observamos que nos três meses da intervenção 100% dos usuários com Hipertensão Arterial foram avaliados para estratificação de risco cardiovascular, sendo que no primeiro mês foram avaliados 60 (100%) hipertensos, no segundo mês 125 (100%) e no terceiro mês 203 (100%). Da mesma forma aconteceu com os usuários diabéticos, onde no primeiro mês foram avaliados 18 (100%) diabéticos, no segundo mês 42 (100%) e no terceiro mês 66 (100%). Isto foi realizado na unidade, nas consultas de acompanhamento, aplicando o Teste de Framingham para cada usuário e classificando o risco como baixo, moderado ou alto, permitindo assim avaliar a periodicidade da consulta de acompanhamento. Após realizada a avaliação (realização do teste de Framingham), os usuários hipertensos e diabéticos foram informados sobre seu nível de risco, assim com a importância de cumprir a periodicidade das consultas de acompanhamento e cumprir o tratamento ambulatorial não farmacológico e farmacológico. Também a comunidade e os usuários hipertensos e diabéticos foram orientados pela equipe de saúde (a qual recebeu uma capacitação previa) quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação, sedentarismo, obesidade, tabagismo, etc.) para evitar complicações para HAS e DM derivadas dos mesmos.

Referente ao objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1 e 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Quanto a esta meta observamos que durante as 12 semanas da intervenção, 100% dos usuários hipertensos e diabéticos foram orientados sobre a importância da alimentação saudável para manter estas doenças controladas e evitar complicações, principalmente cardiovasculares, neurológicas, oftalmológicas, renais e as incapacidades. Ao observarmos a cada mês, no primeiro mês foram orientados 60 (100%) hipertensos, no segundo 125 (100%) e no terceiro mês 203 (100%). Quanto aos usuários diabéticos, encontramos que no primeiro mês foram orientados 18

(100%) diabéticos, no segundo mês 42 (100%) e no terceiro mês 66 (100%). Os usuários foram identificados através da revisão das fichas espelho. A equipe recebeu capacitação e orientou os usuários hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, tanto na unidade, nas consultas de acompanhamento, como na comunidade, nas visitas domiciliares. Também foram realizadas atividades coletivas nos dias do grupo de Hiperdia, sendo convidada a nutricionista da unidade para palestrar e orientar aos usuários sobre alimentação saudável, atingiu-se boa participação e melhoria no grau de satisfação dos usuários, os quais encontraram as atividades muito educativas.

Meta 6.3 e 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Referente a esta meta resultou que 100% dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus foram orientados sobre a importância de realizar atividade física de forma regular, sendo que no primeiro mês foram orientados 60 (100%) hipertensos, no segundo mês 125 (100%) e no terceiro mês 203 (100%). Em relação aos usuários diabéticos, encontramos que no primeiro mês foram orientados 18 (100%) diabéticos, no segundo mês 42 (100%) e no terceiro mês 66 (100%). Esta atividade foi registrada na ficha espelho dos usuários permitindo a identificação dos mesmos. A prática de atividade física foi orientada pela equipe (prévia capacitação) nas unidades, nas consultas de acompanhamento, de forma individual e coletiva, e nas atividades do grupo de Hiperdia, estimulando os hipertensos e diabéticos na participação nas caminhadas semanais que são realizadas na unidade. Também conseguimos a participação no dia do grupo de um orientador físico, o qual falou sobre a importância dos exercícios, as caminhadas e a dança, os tipos de exercícios que podem se realizar em casa, assim como sobre as consequências do sedentarismo nos usuários com hipertensão e diabetes.

Meta 6.5 e 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Quanto a esta meta encontramos que 100% dos hipertensos e diabéticos foram orientados sobre a importância de evitar o tabagismo para evitar complicações e doenças respiratórias associadas à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Nas 12 semanas da intervenção, no primeiro mês foram orientados 60 hipertensos (100%), no segundo mês 125 (100%) e no terceiro mês 203 (100%). O mesmo aconteceu com os usuários diabéticos, onde no primeiro mês foram orientados 18 diabéticos (100%), no segundo mês 42 (100%) e no terceiro mês 66 (100%). A equipe foi capacitada para fornecer estas orientações. Na intervenção percebemos que muitos usuários têm hábitos tóxicos (consumo de álcool, tabagismo) os quais foram estimulados para a realização do tratamento para sua eliminação. Os usuários tabagistas foram orientados sobre a existência do tratamento nas farmácias garantidos pela Secretaria de Saúde.

Meta 6.7 e 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal

Na análise dos resultados observamos que 100% dos usuários foram orientados sobre a importância da higiene bucal. A odontologista e a equipe de saúde realizaram a avaliação da necessidade do atendimento odontológico para todos os usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, agendando as consultas para aqueles que necessitavam. No primeiro mês foram 60 (100%) hipertensos, no segundo mês 125 (100%) e no terceiro mês 203 (100%). O mesmo ocorreu com os usuários diabéticos, onde no primeiro mês foram avaliados 18 (100%) diabéticos, no segundo mês 42 (100%) e no terceiro mês 66 (100%). A equipe, previa capacitação, orientou aos usuários hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal, tanto na unidade como na comunidade, de forma individual e coletiva, nas atividades do grupo de Hiperdia realizadas todos os meses na unidade.

4.2 Discussão

A intervenção, em minha unidade básica de saúde, propiciou que a meta de cobertura na atenção aos diabéticos e hipertensos fosse ampliada, mas a atenção aos hipertensos ficou abaixo do planejado, apesar do esforço realizado pela equipe de saúde. Apesar da meta de cobertura para os usuários hipertensos não ter sido alcançada, a qualidade do atendimento clínico para todos os usuários foi melhorada, incluindo o exame bucal para a identificação da necessidade de atenção odontológica e exame dos pés para os usuários diabéticos.

A intervenção também propiciou a melhoria da qualidade do preenchimento dos registros (prontuário clínico e planilha espelho), realizando o preenchimento para a totalidade dos usuários, além da melhoria da avaliação do risco cardiovascular de ambos os grupos.

A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido cruciais para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos, sendo que os usuários com risco cardiovascular alto tem atenção prioritária. Isto não é problema para os demais usuários porque a situação tem sido explicada pela enfermeira e os usuários ficam conformes na espera da consulta. A melhoria do registro e o agendamento dos hipertensos e diabéticos permitiu a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e diabetes. A equipe completa recebeu capacitação, embora haviam temas específicos para a enfermeira, a técnica de enfermagem e as agentes comunitárias da saúde segundo suas atribuições. Cada membro da equipe recebeu orientações sobre suas atribuições específicas na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos. A enfermeira, a médica, a técnica de enfermagem e as agentes comunitárias de saúde, já conhecem suas atribuições com os usuários hipertensos de acordo com os Manuais de Atenção Básica para estes usuários (BRASIL,2013_a, BRASIL,2013_b). Por exemplo, a técnica de enfermagem e a enfermeira realizaram acolhimento dos usuários, assim como aferição da pressão arterial, peso, altura, cintura e glicemia capilar. A médica realizou a consulta de atendimento clínico com anamnese, exame físico completo, dando ênfase no aparelho cardiovascular e incluindo o exame dos pés dos usuários

com Diabetes Mellitus, indicação de exames complementares e indicação de tratamento não farmacológico e farmacológico caso necessitem.

As agentes comunitárias cadastraram os usuários com hipertensão e diabetes e forneceram as orientações específicas. A técnica de enfermagem, a enfermeira e a recepcionista realizaram agendamento das consultas.

A intervenção propiciou também realizar atividade de promoção em saúde estimulando alimentação saudável, prática de exercício físico, eliminação de hábitos tóxicos e promoção de saúde bucal.

Todo o trabalho de intervenção promoveu o trabalho integrado da equipe assim como as relações pessoais entre a equipe e os usuários, além das relações interpessoais entre seus membros. A intervenção acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço, na unidade de saúde, assim como na atenção aos usuários idosos, atenção pré-natal, puericultura, etc., onde o trabalho ficou mais organizado tendo em conta a intervenção com os hipertensos e diabéticos.

Antes da intervenção as atividades de atenção à hipertensão e diabetes na unidade eram realizadas sem levar em consideração os protocolos de atenção adotados pelo Ministério de Saúde existentes na Unidade de Saúde (BRASIL, 2013_a, BRASIL, 2013_b). A intervenção reviu as atribuições da equipe, viabilizando a atenção com qualidade para um maior número de pessoas, aumentando assim o grau de satisfação dos usuários, os quais acham que as atividades realizadas são muito educativas a ajudam os hipertensos e diabéticos a evitar complicações de suas doenças, mantê-las controladas e melhorar seu estilo de vida. Por isto a divulgação da existência e funcionalidade do programa de atenção aos usuários com hipertensão arterial e diabetes é muito importante para a comunidade. Atualmente, graças ao esforço continuado do trabalho da equipe, a comunidade melhorou a aceitação do programa após a intervenção, embora reconhecemos que uma melhor articulação com a comunidade permitiria explicar os critérios para priorização da atenção, discutir outros aspectos e encontrar juntos a melhor maneira de implementar isto.

Se eu tivesse a oportunidade de recomeçar a intervenção neste momento tentaria informar de forma correta os dados solicitados no início da análise situacional, além disso, seria muito mais exigente com o trabalho da equipe para garantir a obtenção de bons resultados na ampliação da cobertura de atenção para os usuários hipertensos e diabéticos. Também melhoraria a comunicação com a

comunidade para que as orientações cheguem à maior parte dela. Tudo o demais faria igual.

Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, sendo isto um fator fundamental para nosso trabalho futuro. Ao incorporar a intervenção da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos à rotina do serviço, teremos condições de superar algumas dificuldades encontradas, além disso, nosso passo seguinte será garantir que o programa para a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus continue funcionando na unidade, continuando o cadastro dos usuários pendentes, realizando as consultas de acompanhamento com qualidade, mantendo os exames complementares em dia de acordo com os protocolos, orientando aos usuários e a comunidade sobre a importância de conhecer os fatores de riscos e realizando promoção em saúde, promovendo estilo de vida saudável. Tentaremos aumentar a participação dos hipertensos e diabéticos nas atividades coletivas e continuaremos realizando monitoramento das atividades para manter o funcionamento do programa. No trabalho futuro na unidade a intervenção com hipertensos e diabéticos servirá como guia para a organização do trabalho com as demais ações programáticas da unidade. Estamos realizando o trabalho de conscientização da equipe sobre a importância da manutenção do programa, mesmo após o retorno dos médicos estrangeiros para seus países, pois a atenção aos usuários, com qualidade e de acordo com os protocolos, deve ficar para sempre.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

Antes de começar com o nosso relatório eu quero explicar a vocês algumas coisas sobre o Curso de Especialização que estamos fazendo desde que começamos a trabalhar nas unidades. O curso de Especialização em Saúde da Família é uma das alternativas do Ministério da Saúde (MS) vinculado à Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) para qualificar o desempenho e aumentar a efetividade das ESF. Estes cursos são oferecidos através da Educação a Distância (EaD), que se configura como um processo educacional presencial *on-line* em que são utilizadas as Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC) e as Tecnologias Digitais Virtuais (TDV) como recursos pedagógicos essenciais. O curso

busca que todos os profissionais inscritos atinjam determinados objetivos educacionais que são balizados pela necessidade social de ampliar a qualidade e a equidade do atendimento à saúde dos cidadãos.

A Universidade Federal de Pelotas propôs uma Especialização em Saúde da Família com foco na formação de equipes com capacidade técnica, eficientes em relação ao planejamento e à gestão e competentes para a formação de vínculo com a população assistida, além disso, este curso está associado ao cotidiano profissional, que oportuniza a produção de conhecimento, a qualificação da prática profissional e a intervenção no serviço para melhorar a atenção à saúde.

Como podem lembrar os gestores, alguns meses atrás, foram informados sobre a realização da intervenção nas unidades como parte das orientações do curso e com o tema sobre a ação programática escolhida, que em nosso caso foi Atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Acho importante falar para vocês o que aconteceu antes, durante e após a intervenção. Antes de começar a intervenção identificamos algumas dificuldades no acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos como por exemplo: ausência dos protocolos de atendimento nas unidades, o que dificultava as orientações e procedimentos durante o acompanhamento dos usuários. Identificamos um grande número de usuários com consultas de acompanhamento pendentes e sem exames indicados realizados, dificuldade nos registros de atendimento, pouco conhecimento sobre os fatores de riscos que predispõem e complicam estas doenças, pouca realização de atividades coletivas de promoção em saúde e de participação popular, não funcionamento do programa de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos nas unidades e pouca assistência à consulta odontológica para a avaliação da saúde bucal.

O trabalho da equipe, embora tenha compromisso com a comunidade e com as atividades da unidade, tem pecado em alguns aspectos no que diz respeito às atribuições de cada profissional e às atribuições comuns a todos os membros da equipe.

Durante a intervenção realizamos as ações planejadas no cronograma. Nas primeiras semanas da intervenção organizamos e realizamos a capacitação dos membros da equipe com temas específicos para a enfermeira, a técnica de enfermagem e as agentes comunitárias da saúde, além de solicitar aos gestores de saúde a impressão dos protocolos: Cadernos de Atenção Básica, Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial,

todos do Ministério de Saúde, e a impressão das fichas espelho necessárias para a intervenção, para cada uma das unidades, os quais foram impressos sem dificuldade. Durante a intervenção também orientamos quanto à existência do programa de Atenção Básica aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), importância de aferir a pressão arterial principalmente após 18 anos de idade, orientamos sobre fatores de risco destas doenças, principalmente os modificáveis e sobre a importância de atuar sobre eles para evitar complicações. Falamos quanto à importância da periodicidade das consultas de acompanhamento e realização dos exames laboratoriais. Prestamos orientações sobre promoção em saúde, alimentação saudável, prática de atividade física de forma regular, evitar os hábitos tóxicos principalmente o tabagismo, que são fatores de risco totalmente modificáveis para os usuários com HAS e DM, além de ser parte do tratamento não farmacológico. Neste aspecto não apresentamos dificuldades, sendo que muitos usuários entenderam sobre a importância de cumprir este tratamento para evitar complicações e descontrole destas doenças, conseguindo o cumprimento da dieta saudável, realização de caminhadas e diminuição de hábitos tóxicos. Em todas as consultas realizadas foi verificado o cumprimento do tratamento farmacológico e foram feitas as prescrições e renovações de medicamentos para os usuários que precisaram.

A meta de cobertura foi cadastrar 85% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Ao concluir as 12 semanas da intervenção foram cadastrados e acompanhados 203 usuários hipertensos e 66 diabéticos, resultando em 74,3% e 100% de cobertura, respectivamente. Apesar da meta de cobertura para os usuários hipertensos não ter sido alcançada, a qualidade do atendimento clínico para todos os usuários foi melhorada, incluindo o exame bucal para a identificação da necessidade de atenção odontológica e exame dos pés para os usuários diabéticos, realizando o exame clínico adequado em 100% dos usuários, assim como a indicação dos exames. Mas existem usuários (30 hipertensos e 10 diabéticos) com exames complementares pendentes para realizar e avaliar. Já sabemos pela explicação de vocês mesmos, que os laboratórios existentes no município não são suficientes e que a demanda dos exames dos usuários foi maior no último ano, pelo aumento da quantidade de médicos, entre outros fatores, mas, seria importante que os gestores da saúde encontraram alguma estratégia para

agilizar a realização dos exames dos usuários. A enfermeira sugeriu a maior utilização do método clínico por parte dos profissionais da saúde para diminuir a quantidade de exames solicitados, mas, existe um protocolo que tem que ser cumprido.

Identificamos usuários faltosos às consultas e foi realizada a busca ativa para todos eles, pelo que estas atividades foram cumpridas integralmente. A grande maioria, 187 (95,9%) usuários hipertensos e 65 (98,4%) diabéticos tem prescrição de medicamentos disponíveis pelo SUS nas farmácias populares sendo que poucos apresentam indicação de outros medicamentos por apresentar doenças associadas a HAS e DM. A unidade não tem farmácia, pelo que isto dificulta o controle mais específico do tratamento dos usuários hipertensos e diabéticos. A totalidade dos usuários foi avaliado para identificação da necessidade de atendimento odontológico ficando com a consulta agendada para consulta com a odontóloga, cumprindo esta atividade de forma integral. Todos os usuários receberam atenção e avaliação do risco cardiovascular e as atividades de promoção em saúde foram cumpridas na sua totalidade.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e diabetes. Todo o trabalho da intervenção promoveu o trabalho integrado da equipe, assim como as relações pessoais entre a equipe e os usuários, além das relações interpessoais entre seus membros, além disso, reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção com qualidade para um maior número de pessoas, aumentando assim o grau de satisfação dos usuários, os quais acham que as atividades realizadas são muito educativas a ajudam os hipertensos e diabéticos a evitar complicações de suas doenças, mantê-las controladas e melhorar seu estilo de vida.

Pensando no trabalho futuro na unidade, a intervenção com hipertensos e diabéticos servirá como guia para a organização do trabalho com as demais ações programáticas da unidade. Estamos realizando o trabalho de conscientização da equipe sobre a importância da manutenção do programa, mesmo após o retorno dos médicos estrangeiros para seus países, pois a atenção aos usuários, com qualidade e de acordo com os protocolos deve ficar para sempre. Para isto, as Secretarias Municipais de Saúde devem prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da Atenção Básica e de

ampliação e consolidação da Estratégia de Saúde da Família, garantir a estrutura física necessárias e recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, para execução em conjunto de ações propostas, assim como continuar cumprindo com os Princípios e Diretrizes da Atenção Básica e com as responsabilidades propostas nas Portarias dispostas pelo Governo Federal..

4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade

Antes de começar com o nosso relatório eu quero explicar para vocês algumas coisas sobre o Curso de Especialização que estamos fazendo desde que começamos a trabalhar nas unidades. O curso de Especialização em Saúde da Família é uma das ferramentas do Ministério da Saúde (MS) vinculado à Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) para qualificar o desempenho e aumentar a efetividade das ESF. Este curso está associado ao dia a dia do profissional, que oportuniza a produção de conhecimento, a qualificação da prática profissional e a intervenção no serviço para melhorar a atenção à saúde.

Como parte das orientações do curso, fomos orientados a escolher um tema sobre uma das ações programáticas desempenhadas na unidade que apresentasse mais dificuldade para realizar uma intervenção e melhorar a atenção à saúde da comunidade. O tema escolhido foi a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, tendo em conta as dificuldades identificadas antes da intervenção, como, por exemplo, as atividades de atenção à hipertensão e diabetes na unidade, as quais eram realizadas sem levar em consideração os protocolos de atenção adotados pelo Ministério de Saúde os quais nem existiam nas Unidades, dificultando nas orientações e procedimentos durante o acompanhamento. Protocolos são rotinas e procedimentos dispostos pelo Ministério da Saúde.

Identificamos um grande número de pessoas com consultas de acompanhamento pendentes e sem exames, dificuldade nos registros de atendimento, pouco conhecimento sobre os fatores de riscos que predispõem e complicam estas doenças, pouca realização de atividades coletivas de promoção em saúde e de participação popular, não funcionamento do programa de Atenção aos usuários hipertensos e diabéticos nas unidades (grupos de HIPERDIA) e pouca assistência à consulta odontológica para a avaliação da saúde bucal. Além disso, as

unidades não têm uma estrutura adequada pelo que isso interfere na qualidade da atenção aos usuários, principalmente no que se refere à ausência de farmácias nas unidades.

Na etapa da intervenção, graças ao esforço continuado do trabalho da equipe, as ações planejadas no cronograma foram realizadas. Cada membro da equipe recebeu orientações sobre suas atribuições específicas e capacitação na atenção aos hipertensos e diabéticos. As agentes comunitárias cadastraram as pessoas da comunidade com hipertensão e diabetes e deram orientações específicas. A técnica de enfermagem e a enfermeira realizaram o acolhimento, assim como aferição da medida da pressão arterial, peso, altura, cintura e glicemia capilar. A médica realizou a consulta de atendimento clínico completo, dando ênfase no aparelho cardiovascular e incluindo o exame dos pés dos diabéticos, indicação de exames complementares e indicação de tratamento não farmacológico e farmacológico nos que precisaram, assim como identificação da necessidade de atendimento odontológico.

Nas primeiras semanas da intervenção foi solicitado para os gestores de saúde a impressão dos protocolos e das planilhas espelho necessárias para a intervenção, os quais foram impressos sem dificuldades. Durante a intervenção também orientamos quanto à existência do programa de Atenção Básica às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), importância de medir a pressão arterial principalmente após os 18 anos de idade, orientamos sobre fatores de risco destas doenças, principalmente os modificáveis e sobre a importância de atuar sobre eles para evitar complicações. Falamos quanto à importância da periodicidade das consultas de acompanhamento e realização dos exames laboratoriais. Prestamos orientações sobre promoção em saúde: alimentação saudável, prática de atividade física de forma regular, evitar os hábitos tóxicos principalmente o tabagismo, que são fatores de risco totalmente modificáveis para os usuários com HAS e DM, além de ser parte do tratamento não farmacológico.

A divulgação da existência e funcionalidade do programa de atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus foi muito importante para a comunidade sendo que muitos entenderam sobre a importância de cumprir as orientações para evitar complicações e descontrole destas doenças, conseguindo o

cumprimento da dieta saudável, realização de caminhadas e diminuição de hábitos tóxicos.

A nossa meta era cadastrar 85% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Ao concluir as 12 semanas da intervenção foram cadastrados e consultados 203 usuários hipertensos e 66 diabéticos resultando em 74,3% e 100% de cobertura, respectivamente. Apesar da meta de cobertura para os usuários hipertensos não ter sido alcançada, a qualidade do atendimento clínico para todos foi melhorada, incluindo o exame bucal para a identificação da necessidade de atenção odontológica e exame dos pés para os diabéticos, logrando o exame clínico adequado para todos, ao igual que na indicação dos exames, mas existem ainda 30 hipertensos e 10 diabéticos com exames complementares pendentes para realizar e avaliar.

Identificamos faltosos às consultas e foi realizada a busca ativa para todos eles, pelo que estas atividades foram cumpridas integralmente. A grande maioria, 187 hipertensos e 65 diabéticos, tem prescrição de medicamentos disponíveis pelo SUS nas farmácias populares, sendo que poucos apresentam indicação de outros medicamentos por apresentar outras doenças associadas a HAS e DM. A totalidade dos usuários foi avaliado para identificação da necessidade de atendimento odontológico, ficando com a consulta agendada para consulta com a odontóloga, cumprindo esta atividade de forma integral. Todos receberam atenção e avaliação do risco cardiovascular e as atividades de promoção em saúde foram cumpridas na sua totalidade.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e diabetes. Todo o trabalho da intervenção promoveu o trabalho integrado da equipe assim como as relações pessoais entre a equipe e os usuários além das relações interpessoais entre seus membros, além disso, reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção com qualidade para um maior número de pessoas, aumentando assim o grau de satisfação da comunidade.

A comunidade melhorou a aceitação do programa após a intervenção, embora reconhecemos que uma melhor articulação com a comunidade permitiria explicar os critérios para priorização da atenção, discutir outros aspectos e encontrar

juntos a melhor maneira de implementar isto nas unidades e continuar melhorando a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, além, isto pode servir como guia para a organização do trabalho com as demais ações programáticas da unidade. Os membros da comunidade poderiam ajudar na divulgação do funcionamento do programa de atenção nas unidades, na divulgação da importância da participação nas consultas de acompanhamento com a frequência exigida nos protocolos e a participação nas atividades coletivas e estimulariam estilos de vida saudáveis para evitar complicações destas doenças aumentando a qualidade de vida dos usuários. A vinculação da equipe de saúde com a comunidade permitiria estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando a promoção em saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde.

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Somos muitos os profissionais que estamos atuando no programa Mais Médicos com o objetivo de melhorar a saúde da população mais necessitada. Nossa experiência, tanto nosso país como nos outros países onde trabalhamos na medicina familiar, é muito ampla, mas sempre temos a oportunidade de aprender e ampliar essas experiências. A saúde em Brasil neste momento está passando por muitos desafios, os quais só podemos superar com uma boa formação profissional frente às necessidades do SUS. Por isso este curso nos permite melhorar nossa qualidade profissional, fortalece os conhecimentos e ficarmos mais eficiente, eficazes e competentes nas ações de manutenção da saúde da população brasileira. Devo reconhecer que não sempre pensei assim, porque ao início achava o curso desnecessário. Nada mais longe da realidade. Acho que todos os aspectos desenvolvidos no curso tem os conteúdos primordiais para atualizar nossos conhecimentos sobretudo no que se refere ao contexto brasileiro com uma nova modalidade de Atenção Básica.

O ambiente virtual, via internet, é outra nova experiência para nós que estamos acostumados a maneira tradicional. Isto nos permitiu aumentar nosso conhecimento básico sobre computação, que realmente eram poucos, e permitiu o avance na utilização da tecnologia da informática. A participação nos espaços coletivos (fórum de saúde coletiva e fórum de clínica) permitiu a troca de conhecimento com outros colegas num ambiente virtual o que constitui uma nova experiência para muitos. Acho também que os espaços que promovem os diálogos são importantes para esclarecer necessidades e demandas a partir da realidade coletiva permitindo expressar nossas opiniões, dúvidas e contar nossas experiências no cotidiano profissional. Os casos clínicos interativos também são de muita utilidade já que possibilitam testar os nossos conhecimentos sobre problemas comuns da atenção primária à saúde e, ao mesmo tempo, revisar aspectos teóricos relativos a esses problemas.

Desta forma o curso é muito importante para a prática profissional porque estimula a participação e a autonomia dos médicos na solução de problemas concretos no contexto em que atuam, o que proporciona visibilidade a suas atividades em Saúde da Família e certo protagonismo na geração de mudanças em sua equipe e/ou em sua Unidade Básica de Saúde (UBS) promovendo a capacidade

de gestão e de organização de serviços de Atenção Primária à Saúde e Saúde da Família, a qualificação da prática clínica, a institucionalização da avaliação e monitoramento em saúde, o exercício da cidadania e a participação social.

É importante reconhecer a ajuda do orientador, responsável pela mediação do processo de aprendizagem, ao longo do curso: acompanhando o cumprimento de todas as atividades, inclusive a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), e a participação nos diversos espaços em cada unidade, proporcionando feedback em relação a todas as situações.

Referências

BRASIL, 2012_a. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Cadernos de Atenção Básica, nº 33. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, 2012_b. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Brasília – DF: Ministério da Saúde. 2012.

BRASIL, 2006_a. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres de colo uterino e da mama. Cadernos de atenção Básica. Caderno de atenção básica No. 13. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, 2013_a. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Cadernos de atenção Básica, 37. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 96 p. il.

BRASIL, 2013_b. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Cadernos de Atenção Básica, n. 36. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p. il.

BRASIL, 2006_b. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento E saúde Da pessoa idosa Cadernos de Atenção Básica - n.º 19. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2006.

GIUSTI Carmen Lúcia Lobo. [et al]. Teses, Dissertações, Trabalhos Acadêmicos. Manual de normas da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2006. Disponível em:

http://sisbi.ufpel.edu.br/arquivos/PDF/Manual_Normas_UFPel_trabalhos_acad%C3%AAmico_s.pdf. Acessado em: 4 de fevereiro de 2015.

Projeto pedagógico- 2014. Pdf. Coletivo de autores, UFPel. Disponibilizado pelo curso de especialização em Saúde da Família.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Digite apenas nas células em VERDE.

Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território (Área de abrangência de UBS)	➔	Considere o total de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS, independentemente se frequente o Programa de atenção ao hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território (Área de abrangência de UBS)	➔	Considere o total de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS, independentemente se frequentar o Programa de atenção ao diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

HIPERTENSOS		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4		OBSERVAÇÕES
Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção.	➔	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4		Considere as pessoas que são ATENDIDAS hipertensas na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao hipertenso. Você pode obter esse dado consultando as fichas de hipertensos / Fichas de atenção / Fichas anamnést.
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada mês da intervenção.	➔	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4		Considere as pessoas que são ATENDIDAS diabéticas residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.

***Estimativa no território**

População total	➔	Digite a população total neste célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispuser de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.
-----------------	---	--

Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% de população total)	➔	Este seria o número total estimado de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C6.
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (32,7%) [IGITE1, 2011]	➔	Este seria o número total estimado de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C6.
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) [IGITE1, 2011]	➔	Este seria o número total estimado de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C6.

[illegible]

Anexo C - Ficha espelho

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

ESF: II Cohab II () Porto ()

Data do ingresso no programa ____/____/____ **Número do Prontuário:** _____ **Cartão SUS** _____

Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Endereço:	Telefones de Contato	Necessita de
------------------	-----------------------------	---------------------

cuidador? () Sim () Não Nome do cuidador	Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim ()
--	--

Não Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____ Foi realizada avaliação da necessidade de tratamento odontológico? () Sim () Não Data da primeira consulta odontológica ____/____/____ Estatura: ____ cm Perímetro Braquial: ____ cm

[illegible][illegible]

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão à disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante

Anexo E

Fotografias



Figura 9- Fotografia: Membros do grupo de HIPERDIA e Equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde: ESF: Cohab II e Porto



Figura 10- Fotografia: Membros do grupo de HIPERDIA e Equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde: ESF: Cohab II e Porto



Figura 11- Fotografia: Técnica de enfermagem realizando hemoglicoteste para uma usuária com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.



Figura 12- Fotografia: Equipe de Saúde realizando Monitoramento das ações.



Figura 13- Fotografia: Agente comunitária mostrando os prontuários clínicos dos usuários cadastrados e visitados.



Figura 14- Fotografia: Técnica de enfermagem aferindo a pressão arterial em uma usuária com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e obesidade associada.



Figura 15- Fotografia: Pesando e medindo altura para uma usuária diabética como parte do atendimento clínico dos usuários



Figura 16- Fotografia: Médica fazendo atendimento clínico para uma usuária com Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e obesidade associada



Figura 17- Fotografia: Participação da Nutricionista no dia do grupo Hiperdia na Unidade de Saúde ESF II, Cohab II



Figura 18- Fotografia: Enfermeira pesando e medindo altura de usuário com Hipertensão Arterial



Figura 19- Fotografia: Agente comunitária de Saúde e Técnica de Enfermagem ajudando no preenchimento das fichas espelho



Figura 20- Fotografia: Participação da Nutricionista no grupo de Hiperdia na Unidade de Saúde ESF II, Porto



Figura 21- Fotografia: Enfermeira da unidade de saúde aferindo a pressão arterial e realizando glicemia capilar nos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.



Figura 22- Fotografia: Equipe de saúde (agente e comunitária, técnica de enfermagem, enfermeira, recepcionista) no preenchimento dos registros



Figura 23- Fotografia: Odontóloga realizando atendimento odontológico para uma usuária com hipertensão arterial